

iscte

INSTITUTO
UNIVERSITÁRIO
DE LISBOA

Saúde mental comunitária: O papel do Assistente Social

Adelaide Do Cabo Silvino

Mestrado em Serviço Social

Orientador:

Doutor Jorge Manuel Leitão Ferreira, Professor Associado

ISCTE- Instituto Universitário de Lisboa

Junho, 2021



SOCIOLOGIA
E POLÍTICAS PÚBLICAS

Saúde mental comunitária: O papel do Assistente Social

Adelaide Do Cabo Silvino

Mestrado em Serviço Social

Orientador:

Doutor Jorge Manuel Leitão Ferreira, Professor Associado

ISCTE- Instituto Universitário de Lisboa

Junho, 2021

AGRADECIMENTOS

A dissertação que se apresenta resulta de um grande esforço, dedicação e coragem. Escrever um trabalho acadêmico é uma tarefa árdua e incrível, com momentos de euforia, reflexão, desânimo e desespero, sendo muitas vezes, um ato solitário. Ao chegar ao fim deste percurso, vejo claramente que nada conseguiria sem o apoio incondicional de várias pessoas a quem ficarei eternamente grata e não posso deixar de aqui mencionar.

Permitam-me agradecer em primeiro lugar ao meu orientador Professor Doutor Jorge Manuel Leitão Ferreira, pela transmissão de conhecimentos, pelo apoio científico e coragem.

Um agradecimento especial á Professora Maria João Pena, pela sua disponibilidade e apoio.

À minha família toda, pelas palavras de incentivo, ânimo e persistência para que eu não desistisse desta etapa, em especial aos meu pais e irmãos Maria e Afonso.

Ao André, pessoa especial e muito importante, pela capacidade em perdoar as minhas ausências e que sempre me apoiou e nunca deixou que desistisse, por ser o meu porto de abrigo.

Às minhas amigas Inês, Debora e Cristina que, mesmo estando longe, nunca deixaram de me incentivar, principalmente nas horas mais difíceis. O meu sincero agradecimento pela disponibilidade e colaboração ao longo de todo o processo.

Às minhas companheiras de vida Grilo, Alice, Juliana e Isabel por todas as palavras de incentivo e motivação, pelo carinho e amizade o meu muito obrigado!

Á minha querida amiga Adriana, que sempre me incentivou e nunca deixou que baixasse os braços mesmo nos momentos mais difíceis, que sempre acreditou em mim e depositou tranquilidade ao longo desta caminhada.

Á minha prima Diana que ao longo deste último ano me tem acompanhado, incentivado e apoiado com a sua capacidade de resiliência.

Ao Instituto Universitário de Lisboa pela oportunidade de ingressar no curso e de crescer pessoal e profissionalmente, pela excelência de instituição e profissionalismo. Um obrigada especial a todos os professores do Instituto que fizeram parte deste processo.

Agradeço aos Assistentes Sociais que voluntariamente participaram nesta investigação contribuindo para a conclusão desta etapa académica.

O meu obrigado a todas as pessoas que não referi, mas de alguma forma contribuíram, direta ou indiretamente para que esta dissertação fosse um sonho tornado realidade!

RESUMO

A presente dissertação intitulada “*O papel do assistente social na saúde mental comunitária*”, objetiva refletir sobre a atuação do Serviço Social inserido nas equipas multidisciplinares da saúde mental, enfatizando a prática interdisciplinar dentro do modelo comunitário. A investigação abrange a compreensão da inserção do Serviço Social no campo da saúde mental, explorando também o contexto e a importância da promoção do empowerment para a inclusão social da pessoa com doença mental.

A pesquisa incorporou vários procedimentos teóricos e metodológicos, realizou-se pesquisa e análise documental de diversos autores considerados na área de estudo. Incidiu-se na abordagem qualitativa, sendo que a técnica utilizada foi a entrevista semiestruturada, orientada por um guião de entrevista. Aplicou-se análise de conteúdos, a qual foi orientada em categorias, analisando os dados através do programa *maxqda*, estipulando no cruzamento de elementos teóricos com empíricos, de acordo com os objetivos definidos no início do estudo.

Entende-se a pertinência do tema, uma vez que, verifica-se que os problemas relacionados com a saúde mental têm um impacto significativo nas sociedades, levantando a hipótese de se refletir sobre as políticas de saúde mental e as intervenções realizadas.

Os resultados obtidos permitiram conhecer o processo de intervenção do Serviço Social na saúde mental e perceber que o mesmo possui especificidades próprias na sua intervenção. Verificamos que apesar dos avanços e dos esforços em termos de políticas públicas de saúde mental, ainda existem carências a nível de respostas que vão ao encontro das necessidades dos utentes, trazendo limitações nas intervenções por parte dos profissionais.

Palavras-Chave: Serviço Social, Saúde Mental, Empowerment, Reintegração Social.

ABSTRACT

This dissertation entitled "The role of the Social Worker in community mental health", aims to reflect on the performance of social work inserted in multidisciplinary mental health teams, emphasizing interdisciplinary practice within the community model. The investigation covers the understanding of the insertion of Social Work in the field of mental health, also exploring the context and importance of promoting empowerment for the social inclusion of people with mental illness.

The research incorporated several theoretical and methodological procedures, research and documentary analysis of several authors considered in the study area. The qualitative approach was focused, and the technique used was the semi-structured interview, guided by an interview script. Content analysis was applied, which was oriented in categories, analyzing the data through the maxqda program, stipulating the crossing of theoretical and empirical elements, according to the objectives defined at the beginning of the study.

The relevance of the theme is understood, since it is verified that problems related to mental health have a significant impact on societies, raising the hypothesis of reflecting on mental health policies and the interventions that are carried out.

The results obtained allowed us to know the process of intervention of social work in mental health and to realize that it has its own specificities in its intervention. We found that despite advances and efforts in terms of public mental health policies, there are still deficiencies in responses that meet the needs of the mentally ill, bringing limitations in interventions by professionals.

Keywords: Social Work, Mental Health, Empowerment, Social Reintegration.

ÍNDICE

AGRADECIMENTOS	i
RESUMO	iii
ABSTRACT	v
ÍNDICE DE TABELAS	ix
GLOSSÁRIO DE SIGLAS	xi
INTRODUÇÃO	1
CAPÍTULO I – CONCEPTUALIZAÇÃO.....	3
1. Saúde Mental e Doença Mental.....	3
2. A Intervenção do Assistente Social em Saúde Mental	4
3. O Trabalho Interdisciplinar na Psiquiatria Comunitária.....	5
4. Modelo de Saúde Mental Comunitário.....	6
5. O <i>Emporwerment</i> e a Participação para a Inclusão da Pessoa com Doença Mental	7
6. Serviço Social, Saúde Mental e Direitos Humanos.....	8
7. Enquadramento Político-legislativo da Saúde Mental.....	9
CAPÍTULO II – DESENHO DA PESQUISA – MÉTODO	13
1. Metodologia do Estudo	13
2. Universo e Amostra.....	14
3. Técnicas de Recolha de dados.....	15
4. Limites e Dificuldades.....	17
5. Aspetos Éticos	17
CAPÍTULO III – RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	19
1. Caracterização Sociodemográfica dos Assistentes Sociais	19
2. Análise e Apresentação dos Dados.....	20
2.1 Funções e atividades.....	20
2.2 Estratégias de intervenção	22
2.3 Promoção do empowerment.....	24
2.4 Metodologias de intervenção profissional.....	27

2.5	Procedimentos éticos.....	31
3.	Discussão de Resultados	35
	CONCLUSÕES.....	39
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	41
	FONTES.....	43
	ANEXOS.....	45
	ANEXO A – CONSENTIMENTO INFORMADO.....	46
	ANEXO B – QUADRO METODOLÓGICO.....	47
	ANEXO C – GUIÃO ENTREVISTA	48
	ANEXO D – QUADRO CONCETUAL	50

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: Dados Sociodemográficos Assistentes Sociais.....	19
--	----

GLOSSÁRIO DE SIGLAS

ARIA – Associação de Reabilitação e Integração Ajuda

ART. – Artigo

AS – Assistente Social

DGS – Direção Geral de Saúde

EENSM – Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental

GAC – Grupo de Ação Comunitária

GIRA – Grupo de Intervenção e Reabilitação Ativa

IPSS – Instituição Particular de Solidariedade Social

N.º – Número

OMS – Organização Mundial da Saúde

PIR – Plano Integrado de Reabilitação

PNSM – Plano Nacional de Saúde Mental

RNCCISM – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados em Saúde Mental

SM – Saúde Mental

INTRODUÇÃO

A atuação do assistente social na área da saúde mental, tem vindo a denotar-se, principalmente devido á implementação de novos modelos de saúde mental, visto que a partir desta mudança surge uma nova prática profissional, no sentido de promover um tratamento mais humanizado e a inclusão social da pessoa com doença mental.

A pertinência do tema deve-se à escassez de trabalhos elaborados sobre a intervenção do assistente social no âmbito desta área do conhecimento e pelo particular interesse no âmbito da saúde mental. Deste modo, a presente investigação objetiva analisar as práticas do assistente social no seio comunitário com pessoas portadoras de doença mental, numa perspetiva de contribuir para uma reflexão mais aprofundada desta problemática, ainda pouco abordada na sociedade atual. Desta forma, a pergunta de partida é: *“Qual a especificidade do Serviço Social nos grupos multidisciplinares na saúde mental comunitária?”*.

Nesta investigação, o objetivo geral é analisar e sistematizar as práticas do assistente social direcionadas para a inclusão de pessoas com doença mental. Por seu lado os objetivos de estudo “indicam o porquê da investigação e constituem um enunciado declarativo que precisa de orientação de investigação, segundo o nível de conhecimento estabelecido no domínio da questão” (Fortin, 2009).

Os objetivos específicos são: Identificar as funções e atividades desempenhadas pelo assistente social nos grupos multidisciplinares inseridos na saúde mental comunitária; Analisar as estratégias utilizadas pelo assistente social nas equipas multidisciplinares da saúde mental comunitária; Sistematizar o impacto de intervenção do assistente social ao nível da promoção do empowerment para a inclusão social da pessoa com doença mental; Percecionar as metodologias da intervenção colaborativa usadas pelo assistente social na sua prática profissional com a pessoa portadora de doença mental e Categorizar os procedimentos éticos e de proteção de dados aplicados á intervenção do serviço social com pessoas portadoras de doença mental.

O objeto de estudo consiste nas práticas do assistente social no seio comunitário de Serviço Social com pessoas portadoras de doença mental. As questões de investigação são:

- Qual a perspetiva teórica que orienta a intervenção do assistente social na intervenção com pessoas portadoras de doença mental?
- Como definem os assistentes sociais a sua prática profissional nas equipas multidisciplinares de saúde mental comunitária?
- Quais os princípios do Serviço Social que são identificados na intervenção do assistente social na saúde mental comunitária?
- Como o assistente social mantém a sua especificidade quando integrado numa equipa multidisciplinar?

O Serviço Social é uma categoria profissional fundamental no processo de intervenção no âmbito da saúde mental, sendo uma mais-valia a sua integração nas equipas multidisciplinares da saúde mental, atendendo ao seu saber interventivo nas múltiplas expressões da questão social existentes na sociedade. A prática profissional na área da saúde mental, configura-se de forma diversificada no que diz respeito ao campo de atuação de diversas profissões, onde, desmistificá-la ainda é uma missão desafiadora, para os portadores de transtorno mental, para os profissionais que atuam na área e para a sociedade em geral. Por isso, torna-se essencial que haja uma atuação conjunta, dialogada entre os diversos saberes de forma interdisciplinar no processo de intervenção. Cabe aos profissionais da saúde mental, sobretudo, ao assistente social considerar o contexto de vida do sujeito e assim aumentar a qualidade do utente, para isso a equipa multidisciplinar deve estar comprometida ética e politicamente, garantido tratamento humanizado e a reinserção social do utente.

De forma a realizar um aprofundamento da investigação optou-se pelo método de investigação do foro qualitativo com uma abordagem indutiva, tendo como técnica de recolha de dados a entrevista semiestruturada, direcionada para assistentes sociais a exercer funções em equipas multidisciplinares de saúde mental comunitária.

Relativamente à organização do presente estudo, no Capítulo I apresentamos o enquadramento teórico, procurando assimilar a bagagem concetual e as teorias já elaboradas, focalizando-as para o problema em análise. Posteriormente no Capítulo II é analisado o problema, o campo empírico da pesquisa, as opções metodológicas presentes e as principais técnicas de recolha e tratamento de dados. No último capítulo, o Capítulo III surge a análise e interpretação dos dados recolhidos tendo em conta a pergunta de partida e as questões inicialmente apresentadas a investigar. Por fim, apresentamos a conclusão, no qual são apresentadas as considerações finais da presente dissertação com perspetivas futuras de investigação, seguindo-se as referências bibliográficas, fontes e anexos.

CAPÍTULO I – CONCETUALIZAÇÃO

1. Saúde Mental e Doença Mental

A saúde sendo uma área essencial para a sociedade tem vindo a passar por transformações, em que os cuidados de saúde são prestados de forma completa, com a maior qualidade possível e atendendo à especificidade de cada um que deles necessita. A saúde mental e a psiquiatria também têm vindo a sofrer alterações, em especial no que diz respeito aos paradigmas que norteiam os cuidados nas últimas décadas (Duarte, 2007).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (2001), para todas as pessoas, a saúde mental, a saúde física e o social constituem fatores de vida estreitamente entrelaçados e profundamente interdependentes. O conceito de saúde mental abrange, entre outras coisas, o bem-estar subjetivo, a autoeficácia percebida, a autonomia, a competência, a dependência intergeracional e a autorrealização do potencial intelectual e emocional da pessoa. Deste modo, a saúde mental não é apenas essencial para o bem-estar individual, mas também para melhorar o desenvolvimento humano e a redução da pobreza.

Em Portugal, têm vindo a ser desenvolvidos grandes esforços naquilo que diz respeito à intervenção comunitária no espaço da saúde mental e da psiquiatria. Os anos de desinstitucionalização das pessoas com doença mental foram, de certa forma, uma alavanca para proporcionar este tipo de intervenção, embora ainda se continue a assistir ao desenvolvimento de outros esforços para articular a disponibilidade de recursos físicos, a formação de recursos humanos e a preparação das comunidades para integrar estas pessoas (Caldas de Almeida, 1996).

Segundo o Programa Nacional para a Saúde Mental (PNSM), a nível nacional o registo das perturbações da ansiedade, humor e demenciais aumentou, também o número de internamentos hospitalares foi reduzido, talvez, em parte, devido à ação que as instituições de solidariedade social têm vindo a desenvolver a nível comunitário (Coordenação Nacional para a Saúde Mental, 2017).

A saúde mental é, cada vez mais, uma prioridade de saúde pública, sendo hoje as perturbações psiquiátricas e os problemas de saúde mental a principal causa de incapacidade e uma das principais causas de morbilidade das sociedades.

As perturbações mentais são responsáveis por mais de 12% das doenças em todo o mundo apresentando-se como uma das áreas de maior relevância em saúde. Na Europa estima-se que 165 milhões de pessoas são afetadas por uma perturbação mental todos os anos. Destes, apenas um quarto recebe algum tratamento e só 10% tem um tratamento considerado adequado (Programa Nacional para a Saúde Mental, 2013)

Apesar de existirem dados de prevalência há vários anos, só recentemente a sociedade começou a compreender o enorme desafio que as perturbações mentais representam. O seu impacto extremamente

debilitante em termos de qualidade de vida, a incapacidade a longo prazo e a dependência psicossocial representam não só um desafio de dimensão global, como também um desafio económico, com elevados custos humanos e financeiros, estimados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em três a quatro por cento do PIB Europeu (The Economist, 2014). Portugal é o país europeu com maior prevalência das perturbações mentais onde, de acordo com o Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental de 2013 (EENSM), mais de um quinto da população sofre de algum tipo de perturbação, nomeadamente depressão e ansiedade (Almeida et al., 2013).

2. A Intervenção do Assistente Social em Saúde Mental

As funções dos assistentes sociais na área da saúde são definidas pela Circular Normativa nº8 do Departamento de Modernização e Recursos de Saúde, estando a saúde mental incluída. Todavia, a intervenção específica do Serviço Social em saúde mental pauta-se de acordo com os objetivos do PNSM e pelo código de ética e deontologia de Serviço social, nomeadamente em assegurar o acesso equitativo a cuidados de qualidade; promover e proteger os direitos humanos das pessoas com doença mental; promover a descentralização dos serviços de saúde mental, numa ótica de proximidade e participativa; promover a integração dos cuidados de saúde mental no sistema de saúde. Os principais valores são a justiça social, respeito pela igualdade e dignidade, consentimento informado, confidencialidade, visão centrada nas necessidades, direitos e interesses, capacitação e participação, autonomia e determinação. São atribuídas as responsabilidades de intervir junto dos utentes e famílias, elaborar a avaliação psicossocial, intervir junto da comunidade, avaliar os resultados, colaborar na equipa interdisciplinar e proceder à respetiva qualificação profissional (APSS, 2017).

A base da intervenção do Serviço Social segue os princípios éticos, especialmente no que toca à autonomia individual, justiça social e normas deontológicas da profissão, com vista a integrar os direitos humanos em todo o processo de formação e ação profissional. Na intervenção em saúde mental, é necessária uma abordagem holística, multidimensional e sistémica que contextualize a intervenção numa perspetiva que enquadre todos os sistemas do ser humano. A atuação destes cuidados permitiu construir a abordagem da saúde mental comunitária, com vista a promover o tratamento e a reabilitação através de cuidados prestados por uma equipa multidisciplinar (Fazenda, 2009).

A intervenção com o portador de doença mental deve focar-se maioritariamente no desenho de políticas públicas que tenham o objetivo de fornecer um contexto macrossocial para a melhoria das condições de saúde. O Serviço Social pode exercer um papel ativo na produção da legislação, procurando que a legislação produzida se adegue aos problemas que efetivamente pretende resolver. A experiência acumulada pelas dificuldades práticas em lidar com a legislação que informa as políticas, torna mesmo desejável que haja um contributo daqueles que vão ter de lidar mais diretamente com ela. De igual modo, no desenvolvimento dos sistemas de saúde, é necessário formular estratégias de

promoção e prevenção da saúde com a respetiva sensibilidade cultural, de forma a incluir cuidados adequados às necessidades. Na sua intervenção, o assistente social deve dar primazia à ação direta, a estratégias de melhoria de condições de vida, promoção de integração e participação comunitária nos processos de decisão e planeamento de programas, articulação com parceiros da comunidade e incluir uma abordagem individualizada e longitudinal (Chantre & Fazenda, 2016).

Há necessidade de produzir conhecimento na área a partir da prática profissional, existindo a obrigação ética de agir com base nos conhecimentos apreendidos, sob a orientação de valores éticos e profissionais. Com o movimento de desinstitucionalização, a pesquisa voltou-se para os modelos de intervenção na comunidade de natureza epidemiológica, com foco na intervenção em sistemas. Contudo, continua a existir a necessidade de produzir conhecimento nesta área, como forma de legitimar a intervenção e identidade profissional (Matias, 2016).

3. O Trabalho Interdisciplinar na Psiquiatria Comunitária

Estando constantemente em evolução, a ciência atravessa fases de avanço e de crises, onde paradigmas são criados, confrontados e refutados num ciclo de desenvolvimento contínuo. A prática profissional na área da saúde mental, configura-se de forma diversificada no que diz respeito ao campo de atuação de diversas profissões, onde, desmistificá-la ainda é uma missão desafiadora, para os portadores de transtorno mental, para os profissionais que atuam na área e para a sociedade em geral. Por isso, torna-se essencial que haja uma atuação conjunta, dialogada entre os diversos saberes de forma interdisciplinar no processo de intervenção.

A saúde mental é vista como um campo de conhecimento bastante vasto e com vários significados, por envolver o estado mental dos sujeitos, apresentando condições complexas. Desta forma, alcançar este campo requer uma transversalidade de saberes e conhecimentos de diversos campos, onde, é preciso reconhecer a importância da interdisciplinaridade, permitindo a ligação de diversas visões e perspetivas.

No sentido de se desenvolverem cuidados de saúde de qualidade, e adequados às realidades de cada uma das comunidades que compõem a sociedade, é necessário que os diferentes profissionais de saúde colaborem entre si. É da riqueza das diversas visões e diversas competências que advêm os ganhos para a saúde mental e psiquiatria. Os programas de intervenção individualizados devem ser dirigidos às necessidades que a pessoa com doença mental apresenta e, para isso, é necessária uma avaliação multidisciplinar para se realizar um acompanhamento adequado. As lideranças dos serviços e unidades de saúde apresentam um papel essencial na integração deste compromisso, pois podem funcionar como eixos estimuladores do trabalho multidisciplinar e plural. O respeito pelo outro, a capacidade de ouvir e a empatia podem ser igualmente catalisadores deste trabalho e cabe, a cada profissional de saúde, o seu aprimoramento para um maior sucesso da equipa (Macedo et al., 2019).

4. Modelo de Saúde Mental Comunitário

O espírito da saúde mental comunitária reside no respeito pela diversidade das pessoas em acreditar nas suas forças e capacidades e num sentido de justiça entre os que são responsáveis pelos serviços humanos e não nos interesses de um sector determinado.

O modelo de organização comunitário, amplamente defendido pela OMS na década de 70, introduziu uma nova perspetiva de saúde mental, baseada na transição progressiva dos hospitais psiquiátricos para serviços comunitários assentes em hospitais gerais, em articulação com as unidades de cuidados de saúde primários. Esta nova filosofia de intervenção foi sendo adotada por diversos países da Europa e da América do Norte, tendo sido igualmente assumida por Portugal na 2ª Conferência de Ministros da Saúde do Conselho da Europa, realizada em 1985 em Estocolmo. Trata-se de um modelo que surge baseado numa maior proximidade dos serviços aos cidadãos, na melhoria do acesso a cuidados de saúde mais abrangentes e a vários níveis (preventivos, terapêuticos e reabilitativos), assegurados de forma contínua e articulados entre os diversos profissionais (Direção Geral da Saúde, 2004).

O modelo de saúde mental comunitária apoia-se na visão biopsicossocial, que implica um conjunto de intervenções além do tratamento, como a psicoeducação, a reabilitação, o apoio residencial, o emprego apoiado, o treino de competências sociais e profissionais, para permitir que as pessoas com doença mental vivam na sua comunidade e participem em todos os contextos sociais. Neste sentido, o modelo inclui objetivos da inclusão social, da promoção dos direitos humanos e do acesso à cidadania plena, e exige a participação e articulação de diferentes serviços e de vários profissionais, além dos psiquiatras, como enfermeiros comunitários, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, psicólogos, animadores, numa perspetiva interdisciplinar (Fazenda, 2009).

Os principais objetivos da intervenção comunitária prendem-se a um maior controlo e responsabilidade dos participantes sobre as suas vidas, um aumento da participação nos seus processos de decisão, um maior desempenho de papéis ativos nas equipas de prestação de serviços e a participação nos processos de gestão e decisão nos contextos habitacionais supervisionados por profissionais. Os profissionais devem equacionar o seu papel tendo em consideração da adoção de um modelo comunitário e a crescente participação das pessoas com doença mental (Ornelas, Monteiro, Moniz, & Duarte, 2005).

Os novos modelos de serviços de saúde mental foram desenhados com o intuito de assegurar cuidados integrados na comunidade, desenvolvidos e amplamente avaliados em muitos países. A aplicação do modelo comunitário de intervenção em relação às pessoas com doença mental, aos familiares e aos profissionais na área da saúde mental, implica a reflexão aprofundada acerca do papel específico que cada um destes grupos tem de desempenhar no desenvolvimento da saúde mental comunitária. Deste modo, como foi referido anteriormente, o objetivo deste projeto de dissertação é

perceber qual o papel que o assistente social desenvolve nas equipas multidisciplinares da psiquiatria comunitária.

Neste sentido, o modelo de saúde mental comunitário, tem como principal objetivo a integração da pessoa com doença mental nos contextos comunitários. Este modelo comunitário, inspira-se nos princípios da saúde mental comunitária que preconizam que as pessoas, independentemente do diagnóstico atribuído, ou de qualquer outra vulnerabilidade social, devem viver e manter-se na comunidade com acesso aos recursos disponíveis. A saúde mental comunitária advoga que se as pessoas tiverem acesso aos recursos existentes na comunidade poderão melhorar, crescer e fortalecer-se. A integração comunitária é consequência de um conjunto de pressupostos e de valores que implicam que as pessoas com doença mental tenham acesso aos mesmos contextos habitacionais, profissionais e sociais como quaisquer outros cidadãos, tendo assim o direito de escolher o local onde poderão habitar, trabalhar, estudar e socializar para benefício mútuo.

5. O *Empowerment* e a Participação para a Inclusão da Pessoa com Doença Mental

O empowerment tem origem em 1970, surgindo nos movimentos sociais por direitos civis, no movimento feminista e na ideologia da ação social presentes nas sociedades do primeiro mundo, a partir dos anos 1950. Nos anos 1970, é influenciado pelos movimentos de autoajuda, nos anos 1980, pela psicologia comunitária e nos anos 1990, pelos movimentos que se procuravam afirmar no direito de cidadania (Carvalho, 2004).

Uma perspetiva ativa de fortalecimento do poder consiste na participação e organização dos utentes e familiares no próprio âmbito dos cuidados em saúde mental, em serviços formais e em dispositivos autónomos de cuidado e suporte, bem como em estratégias de defesa de direitos, de mudança da cultura relativa à doença e saúde mental difusa na sociedade civil, do exercício do controlo social no sistema de saúde e de militância social (Vasconcelos, 2008).

Segundo Carvalho (2004), existem dois sentidos para a categoria do empowerment, um psicológico e outro comunitário, os quais implicam diferentes modos de conceber a produção de saúde, bem como em termos das intervenções. O primeiro está associado a uma perspetiva behaviorista de promoção da saúde pela via da conscientização, aumento da autoestima e mudança de comportamentos não saudáveis, está focado nos indivíduos, sobre a própria vida por meio de práticas educativas. No que diz respeito ao empowerment comunitário, este significa a participação ativa nos processos decisórios, no fortalecimento dos modos coletivos de gestão, planeamento e decisão das políticas e ações em saúde. Trata-se de uma perspetiva mais integral na medida em que, a convivência da noção de determinismo social com a de agenciamento humano e o reconhecimento da mútua relação de condicionamento e determinação entre as macroestruturas e a ação de sujeitos individuais e coletivos.

Segundo Vasconcelos (2003) é fundamental que as pessoas com patologias mentais participem no processo de tratamento e da sua recuperação, aumentando a sua autoestima, permitindo-lhe assim aferir as suas capacidades, limitações e melhorar por sua vez o modo como encara os desafios que lhe surgem diariamente.

Como refere Rappaport (1990), muito se avançou na criação de estruturas alternativas, mas pouco foi feito ainda no sentido de aumentar a participação dos utentes nas decisões, no planeamento e na avaliação dos serviços e a sua autonomia na defesa dos seus interesses. Assim, de acordo com Fonseca (2003) têm-se vindo tentar alterar estes panoramas, implementando novas estratégias, através de uma abordagem de empowerment e de participação. Esta abordagem, procura o fortalecimento das pessoas através da organização de interajuda, nas quais o papel dos profissionais é colaborar com as pessoas em vez de as controlar. O Serviço Social foca a sua intervenção na relação da pessoa com o seu ambiente, seja qual for a sua vertente. Neste sentido, a mudança de estratégias do serviço social e na saúde mental é fundamental, para isso é necessário a participação de todos os intervenientes no processo.

6. Serviço Social, Saúde Mental e Direitos Humanos

Os direitos humanos são inseparáveis da teoria, valores, deontologia e prática do assistente social. Assim, o Serviço Social é uma profissão de intervenção que tem como compromisso a promoção dos direitos humanos, bem como a satisfação das aspirações sociais fundamentais, tanto a nível restrito (prática direta) como a nível alargado na defesa de determinadas políticas, pesquisa, ação social e sensibilização (APSS, 2018).

O assistente social desenvolve a sua intervenção com o objetivo final de criar oportunidades para o desenvolvimento das capacidades individuais e coletivas, para que cada cidadão possa exercer os seus poderes e responsabilidades individuais e sociais (cidadania social ativa). O Serviço Social no quadro do paradigma construtivista e na perspetiva de desenvolvimento social e humano, promove a igualdade de oportunidades e a não discriminação e o ato de empoderamento. Sem esquecer o quadro dos direitos humanos: a participação, autonomia e autodeterminação (Ferreira, 2011).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (2005), alguns dos direitos do portador de doença mental são: direito ao acesso aos cuidados de Saúde Mental; direito à proteção de exploração económica, sexual ou física; direito a ser tratado com humanidade e respeito; direito à proteção e representação legal; direito à não discriminação; direito à reabilitação e reintegração social e profissional; direito à participação na comunidade; direito ao consentimento informado e decisão no processo de tratamento, entre outros.

Ao longo do século XX, surgiram diversas tendências na luta pelos direitos humanos, assistimos, durante esses anos, a uma valorização do bem-estar do ser humano e daquilo que o compõe. As pessoas que sofrem de perturbações mentais, em virtude da sua vulnerabilidade psicológica e da situação de desvantagem social em que muitas vezes se encontram são frequentemente vítimas de violações

sistemáticas dos direitos e liberdades fundamentais, tais como o tratamento desumano ou a sujeição a condições de vida degradantes e indignas (Fazenda, 2008).

Um dos maiores desafios na área da saúde mental é a garantia e defesa dos direitos humanos dos doentes à escala global, principalmente no que toca à melhoria da acessibilidade e qualidade dos serviços de saúde mental, monitorização do cumprimento dos direitos humanos nos serviços de saúde mental, formação dos profissionais de saúde mental para esta temática, consciencialização pública e combate ao estigma e melhoria da legislação em saúde mental (Almeida, 2018).

A prática do assistente social, reconfigura-se em torno dos seus princípios e modalidades de intervenção, de acordo com as pessoas ou grupos e a sua situação patológica. Para o Serviço Social a saúde mental tem de ser entendida como uma resultante das condições de vida, do acesso ao emprego, ao salário justo, à habitação condigna, à educação, à saúde e a proteção dos direitos humanos. O exercício profissional do assistente social gira em torno da defesa e promoção dos direitos humanos, favorecendo a cidadania (Fazenda 2008 cit. in Carvalho, 2012, p.12).

Os direitos mais frequentemente desrespeitados nas comunidades, incluem o direito a ser tratado com humanidade e respeito, o direito à admissão voluntária numa instituição psiquiátrica, o direito à privacidade, a liberdade de comunicação com o exterior quando internado, o direito de votar, o direito a receber tratamento na comunidade e a dar consentimento informado ao tratamento, o direito a garantias judiciais, o direito ao trabalho, à educação, a habitação independente ou protegida, à segurança social, entre outros (Vazquez & Caldas de Almeida, 2004).

A integração de pessoas portadoras de transtornos mentais nos diferentes setores da vida social requer do assistente social, segundo, uma intervenção que privilegie duas ferramentas: a da representação da pessoa tanto no meio institucional como na sociedade (advocacia) e a capacitação do utente, para que ele próprio participe na ação (empowerment). O Serviço Social tem a competência de fazer prevalecer os direitos humanos, para além da teoria, dos valores e da sua prática profissional. Hoje, mais do que nunca, temos de ter estes direitos em mente, não porque devem ser apenas conquistados, mas para a sua promoção, para que não sejam simplesmente reconhecidos nas constituições dos países (Martínez, 2016).

Assim, a intervenção do assistente social é muito importante na concretização dos direitos humanos, e este deve procurar dar ferramentas ao cidadão com transtornos mentais para desenvolver e decidir sobre as questões que o envolvem, mas também trabalhar precocemente, para as potencialidades e não só para as suas fragilidades.

7. Enquadramento Político-legislativo da Saúde Mental

O objetivo fundamental da legislação de saúde mental é proteger, promover e melhorar a vida e o bem-estar social dos cidadãos. Regendo a proteção dos indivíduos considerados “mais vulneráveis” por força

da sua situação de saúde, para tal é necessária a existência de legislação específica representa a entidade de mecanismos importante para garantir o cuidado e o tratamento adequados e apropriados, bem como a proteção dos direitos humanos de indivíduos com transtornos mentais e a promoção da saúde mental das populações. Em Portugal, a reorganização dos serviços e reformulação do quadro normativo, tem privilegiado a reabilitação, a reinserção e a integração da saúde mental no sistema de saúde.

Em relação às leis, temos a Lei de Bases da Saúde Lei n.º 15/2014. DR n.º 57, Série I de 2014-03-21 - consolidação da legislação em matéria de direitos e deveres do utente dos serviços de saúde, Lei de Saúde Mental: direitos na relação com os cuidados de saúde (direitos e deveres do utente, art. 5º direitos na relação com as entidades judiciais (direitos e deveres processuais do internando, art. 10º) e o Regime Jurídico dos cuidados continuados integrados de saúde mental.

Inserido no mais recente Plano Nacional de Saúde Mental (PrNSM) 2016-2017 da Coordenação Nacional para a Saúde Mental, 2017, realizou-se uma proposta de um plano de ação para a reestruturação e o desenvolvimento dos serviços de saúde mental em Portugal, tendo como objetivos, reconhecer estratégias que tenham como finalidade melhorar a qualidade dos serviços de saúde mental, promover a saúde mental das populações e delinear um plano estratégico. As conclusões do PrNSM, foram que os serviços de saúde mental sofrem de graves carências ao nível da acessibilidade, equidade e qualidade de serviços. São poucos, os indivíduos portadores de doença mental a terem acesso a cuidados especializados de saúde mental, 1,7% da população enquanto a estimativa é que, por ano, 5 a 8% da população sofra de algum tipo de perturbação mental grave. Os recursos existentes continuam localizados em Lisboa, Porto e Coimbra e leva a que as pessoas que sofram de alguma perturbação psíquica não procure ajuda. A falta de recursos técnicos nas equipas de saúde mental também é preocupante, pois os técnicos enfrentam diariamente obstáculos em dar respostas sociais a todos os doentes mentais e suas famílias. Com a agregação de todas estas preocupações mais o facto das políticas sociais, não estarem direcionadas especificamente para a pessoa portadora de doença mental e as suas famílias, ressalta assim a descrença há muito sentida, pela área da saúde mental em dar resposta a todos que a procuram.

No que concerne á legislação de apoio á inserção social dos doentes mentais, a legislação portuguesa não previa especificidades para as pessoas com doença mental. No domínio laboral no Dec. Lei nº247/97 de 5 de agosto apenas contemplava as pessoas com deficiência física e mental. Ao nível da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados em Saúde Mental (RNCCISM) apontam-se aspetos que dizem respeito aos cuidados de saúde de articulação entre os serviços públicos, privados e de natureza social.

De acordo com a legislação em vigor, como são exemplos o Decreto de Lei nº22 de 10 de fevereiro de 2011 e a Portaria nº68 de 16 de fevereiro de 2017, os Cuidados Continuados Integrados em Saúde Mental dizem respeito a políticas de desenvolvimento de recovery, implementadas por equipas multidisciplinares e tendo em conta as capacidades da pessoa com doença mental que delas possa usufruir. De destacar ainda as equipas de apoio domiciliário preconizadas, a funcionar em sete dias da

semana, cujos objetivos passam por: a) maximizar a autonomia da pessoa com incapacidade psicossocial; b) reforçar a sua rede de suporte social através da promoção de relações interpessoais significativas; c) melhorar a sua integração social e o acesso aos recursos comunitários; d) prevenir internamentos hospitalares e admissões em unidades residenciais; e) sinalizar e encaminhar situações de descompensação para os Serviços Locais de Saúde Mental; f) apoiar a participação das famílias e outros cuidadores na prestação de cuidados no domicílio (Decreto de Lei nº22 de 10 de fevereiro de 2011, p.720). Estes objetivos concretos são parte daquilo que é preconizado para o recovery, a legislação portuguesa encontra-se na vanguarda das políticas públicas relativas à saúde mental e psiquiatria, pese embora que, ao nível funcional, ainda exista um longo caminho a percorrer. Tendo em conta que o processo de recovery se estabelece por aqueles que o vivenciam na primeira pessoa, será essencial que exista uma operacionalização de recursos e serviços para que o mesmo se desenvolva.

A reforma dos serviços de saúde mental em Portugal, no sentido da substituição do modelo hospitalar pelo modelo comunitário, tem sido muito lenta e recheada de acidentes de percurso, quer pela escassa intervenção estatal, quer pela resiliência oferecida pelos setores mais conservadores da psiquiatria à introdução dos princípios pelas práticas da psiquiatria comunitária (Rappaport, 1990).

Portugal tem feito esforços, ao longo do tempo, no sentido de melhorar os cuidados de Saúde Mental, alguns deles com impacto muito positivo. Veja-se a lei de Bases da Saúde Mental (Lei n. 2118, de 1963) que permitiu a descentralização dos serviços através da criação de centros de Saúde Mental em todos os distritos do país e a ligação aos cuidados de saúde primários ou, ainda, a atual lei de Saúde Mental (lei nº 36/98) e a legislação subsidiária, que consagraram a integração da saúde mental no sistema geral de saúde. Outros exemplos positivos foram o desenvolvimento de programas e estruturas de reabilitação psicossocial, a legislação de apoio ao emprego nos anos 90 e o atual Programa Nacional para a Saúde Mental.

Contudo, a falta de concretização e implementação de muitas iniciativas relevantes e as lacunas no planeamento e no apoio contínuo aos serviços de saúde mental deixaram o país com poucas respostas eficazes para esta situação. Apesar de existirem diferentes perspetivas sobre como responder a este desafio e inúmeros fatores que dificultam a sua concretização, como a aplicação prática de alguma legislação, o estigma da sociedade, a insuficiente compreensão destas perturbações, dos tratamentos e apoios adequados, existe um consenso generalizado sobre os benefícios de uma resposta centrada na pessoa e na sua integração na comunidade como parte integrante do seu tratamento.

CAPÍTULO II – DESENHO DA PESQUISA – MÉTODO

A escolha da metodologia a utilizar em investigação social representa um aspeto alicerçador na prática de investigação e da estruturação do conhecimento. Deste modo, tendo em atenção o objetivo geral da pesquisa que é analisar e compreender a intervenção dos assistentes sociais nas equipas multidisciplinares de saúde mental em contexto comunitário, utilizamos diferentes instrumentos, dos quais resultou na recolha de dados e posteriormente na sua análise.

1. Metodologia do Estudo

No que concerne à exploração do tema de dissertação, realizamos uma investigação do foro qualitativa, de forma a respondermos aos objetivos definidos nesta investigação, com recurso a um guião de entrevista, projetado para compreender as experiências dos intervenientes envolvidos e das suas perspetivas no contexto das suas experiências profissionais.

Podemos definir a metodologia como a ciência que estuda os métodos utilizados no processo de conhecimento “A metodologia, é uma disciplina que se relaciona com a epistemologia e consiste em estudar e avaliar os vários métodos disponíveis, identificando as suas limitações ou não, no âmbito das suas aplicações” (Costa, 2001 p.4).

Numa abordagem qualitativa a ênfase é colocada na identificação das lógicas dos atores, as suas representações e interações (Guerra, 2002). Colocamo-nos no ponto de vista dos sujeitos da pesquisa, das suas ações e palavras, e não da perspetiva de categorizações *à priori* do próprio investigador (Flick, 2005). Deste modo, pretende-se salientar precisamente a capacidade de reflexividade dos profissionais de Serviço Social sobre as suas práticas e saberes, esta perspetiva parece-me a mais adequada a essa reflexividade, pois estamos precisamente a estimular a reflexão dos sujeitos. Por seu lado para (Vilelas, 2009), afirma que “A investigação qualitativa é uma forma de estudo da sociedade que se centra no modo como as pessoas interpretam e dão sentido às suas expectativas e ao mundo em que elas vivem” (p. 105). Os estudos qualitativos apresentam como objetivos, compreender a realidade social das pessoas, dos grupos e das culturas.

A escolha pela metodologia qualitativa fundamenta-se pelas características particulares que possui, possibilitando mostrar uma visão aproximada sobre o fato estudado. A investigação qualitativa possibilita uma pesquisa mais ampla e complexa que visa compreender a dinâmica das relações sociais. Ela preocupa-se com os aspetos da realidade que não podem ser quantificados e trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, correspondendo a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis. (Minayo, 2010)

A investigação é de foro qualitativa que enfatiza a construção da teoria e baseia-se no método indutivo, permitindo a exploração das práticas experienciadas pelos profissionais nesta valência (Coutinho, 2014; Fortin, 1999; Morgan, 2008). A abordagem indutiva parte do particular e coloca a generalização como um produto posterior ao trabalho da recolha de dados. O raciocínio indutivo procura essa generalização, não através de uma pesquisa apriorística, mas constatada a partir da observação de casos concretos suficientemente confirmadores dessa realidade. Assim, parte-se da observação de fatos ou fenómenos cujas causas se deseja conhecer, de seguida procura-se compará-los com a finalidade de descobrir as relações existentes entre eles, para por fim, proceder-se à generalização, com base na relação verificada entre os fatos ou os fenómenos (Coutinho, 2014).

2. Universo e Amostra

O campo empírico da presente investigação constitui-se por diferentes entidades de resposta a nível da saúde mental comunitária, públicas e privadas, de território nacional. Contudo, a necessidade de compreender os desafios e potencialidades na sua prática conduziu a que tivéssemos que criar outro critério de seleção, estar localizada na zona centro (Lisboa) e estar inserido numa equipa multidisciplinar de saúde mental comunitária.

Partindo deste critério foi selecionada uma amostra não probabilística, por conveniência, composta por 10 Assistentes Sociais inseridos em equipas multidisciplinares, a escolha foi pensada com o intuito de permitir uma visão mais profunda e de partilha de conhecimento na sua atuação.

A escolha das entidades a investigar justifica-se pela procura das diferentes respostas de intervenção e pela proximidade de contactos. A área geográfica elegida foi a zona de Lisboa por ser o local de estudo do Mestrado. Dentro destas características, as selecionadas foram: ARIA, GIRA, GAC, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental e Recomeço.

Os sujeitos envolvidos são os assistentes sociais que intervêm nestas entidades e estão integrados em equipas multidisciplinares de saúde mental comunitária. Assim, o universo da investigação são todas as associações, IPSS e Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental que tenham, na equipa multidisciplinar, no mínimo, um assistente social e que estejam localizadas no distrito de Lisboa.

A amostra da investigação é composta por:

- ARIA: 1 assistente social
- GAC: 2 assistentes sociais
- Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental: 3 assistentes sociais
- GIRA: 2 assistentes sociais
- Recomeço: 1 assistente social

Entende-se por universo todos os elementos que partilham de características comuns. Na presente investigação, o universo é constituído pelos 10 entrevistados. Por seu lado, a amostra é um subconjunto

da população, sendo um conjunto de fontes de dados reais que são extraídos de uma população maior de fontes de dados potenciais, existindo duas grandes categorias: probabilísticas e não probabilísticas (Fortin, 2009). A amostragem é uma etapa de grande importância no delineamento da pesquisa capaz de determinar a validade dos dados obtidos, neste caso, entende-se que é necessário utilizar a amostragem não probabilística, sendo este tipo de amostragem, um procedimento de seleção segundo o qual cada elemento da população não tem uma probabilidade igual de ser escolhido para a amostra (Fortin, 1999; Morgan, 2008).

A amostragem não probabilística selecionada foi a *amostragem criterial*, uma vez que o investigador seleciona segmentos da população para o seu estudo segundo um critério pré-definido (Coutinho, 2014), neste caso serem profissionais de Serviço Social que trabalham em equipas multidisciplinares de saúde mental comunitária.

3. Técnicas de Recolha de dados

No que concerne às técnicas de recolha de dados, foram definidas: pesquisa bibliográfica, análise documental e entrevistas semiestruturadas. A escolha da técnica da entrevista semiestruturada, revelou-se a mais adequada para este estudo, não sendo inteiramente aberta também não é conduzida por um grande número de perguntas precisas. A tipologia deste estudo favorece a diversidade e flexibilidade das técnicas de recolha de dados. Estas características favoreceram a recolha de informação sobre múltiplas dimensões do social, fornecendo a possibilidade de permanente confrontação recíproca e respetiva análise integrada e a procura de efeitos de redundância.

Numa primeira fase do nosso trabalho, efetuamos uma pesquisa bibliográfica, através de livros, artigos científicos, pesquisa nas páginas de *websites*, sobre o tema, consultas na biblioteca, por forma a contextualizar o enquadramento teórico e dar suporte à parte empírica. A pesquisa bibliográfica tem como objetivo principal, situar o estudo no contexto e, com isso, estabelecer um vínculo entre o conhecimento existente sobre o tema, realizando o estado de arte e o problema que se pretende investigar (Cardoso, Alarcão & Celorico, 2010 citado in Coutinho, 2015).

Posteriormente, utilizamos a técnica de análise documental, sendo que esta caracteriza-se pela análise de uma variedade imensa de materiais através de fontes diversificadas e dispersas. Este tipo de pesquisa serve de fontes primárias, ou seja, de informações que ainda não foram tratadas de forma científica ou analiticamente. Apresenta objetivos específicos e constitui um rico complemento à pesquisa bibliográfica. No nosso contexto, utilizamos um conjunto de informações contidas nas fontes da pesquisa documental realizada, que possibilitaram uma pesquisa qualitativa do nosso objeto de estudo (Fonseca, 2002).

Finalmente, recorreremos a realização de entrevistas, nomeadamente, entrevistas semiestruturadas que forneceram uma maior visão do tema proposto e ainda possibilitaram uma maior recolha de detalhes,

especialmente sobre a prática profissional do assistente social nas equipas multidisciplinares em contexto comunitário. A entrevista surge associada a planos de investigação qualitativa, visto que o seu objetivo é fornecer ao investigador informação detalhada e profunda sobre um dado tópico (Coutinho, 2014).

A entrevista semiestruturada é um dos principais meios de recolha de dados, possui grande flexibilidade no formato e nos termos em que é conduzida para as diferentes pessoas a quem é dirigida e oferece todas as perspetivas possíveis para alcançar a liberdade e espontaneidade necessárias para a investigação (Ghiglione & Matalon, 1993). Geralmente o investigador possui uma série de questões relativamente abertas, para as quais procura obter informação (Quivy & Campenhoudt, 1995). Isto é, ao colocar questões pode ter em troca uma série de respostas relativas ao tema, que por sua vez poderão abrir o leque de questões a serem estudadas e permitem uma reflexão mais completa de conhecimentos. A ordem e o modo como estas são colocadas, é algo que pode ser feito de acordo com o decorrer da própria entrevista. Apesar desta estruturação, este tipo de entrevistas orienta-se pelas questões abertas, que permitem ao sujeito estimular o pensamento livre e favorecer a exploração da resposta em profundidade (Fortin, 1999).

Para a realização das entrevistas, foi desenvolvido antecipadamente um guião de entrevista escrito (ANEXO C), com um conjunto de questões, sendo que estas permitiram ao entrevistado ter alguma liberdade para desenvolver as respostas segundo a direção que considera adequada, tendo estas decorrido no período durante o mês de abril, de acordo com a disponibilidade dos entrevistados. Foram tidos em conta os parâmetros éticos da investigação científica e elaborada uma declaração de consentimento informado (ANEXO A) aceite por todos os entrevistados.

Nesta investigação, as entrevistas foram realizadas em formato *online*, através da Plataforma *Zoom*, dada a necessidade de comunicar com indivíduos em diversos contextos. O *Zoom* é visto de forma muito positiva pela sua conveniência, facilidade de utilização, segurança, interatividade, características (por exemplo, a opção de gravação de vídeo) e capacidade de facilitar as ligações pessoais entre os utilizadores. Como todas as estratégias de recolha de dados, as entrevistas em formato *online* têm vantagens e desvantagens, que tem de ser cuidadosamente consideradas. Apesar dos desafios, entende-se que as entrevistas *online* são vantajosas, especialmente no que diz respeito aos estudos qualitativos no contexto do distanciamento social imposto pela COVID-19, uma vez que é uma das poucas alternativas no cenário atual. Contudo, temos de valorizar as alternativas tecnológicas para a realização de entrevistas *online*, tendo em conta a necessidade de manutenção da investigação durante a pandemia (Schmidt, Palazzi, & Piccinini, 2020).

4. Limites e Dificuldades

Como limitações e dificuldades encontradas ao longo da realização deste estudo, podemos referir que a maior limitação se relacionou com a pandemia Covid-19. O meio utilizado para coletar os dados, manifestou-se na marcação das entrevistas, em dificuldades técnicas e na proximidade com as pessoas. Inicialmente, marcou-se logo pela impossibilidade/dificuldade em realizar as entrevistas de forma presencial, o que dificulta o contacto próximo e o melhor conhecimento dos profissionais. Sendo as entrevistas *online*, surgiram outras dificuldades técnicas em termos de som e imagem.

Outra limitação foram as burocracias impostas através de pedidos de autorização a entidades, o que dificultou o processo de investigação. Perante esta situação, em conjunto com o meu orientador, tomamos a decisão de abarcar outro tipo de entidades, como associações e instituições particulares de solidariedade social. Assim, aquando da solução de entrevistar os profissionais de Serviço Social, inseridos nas equipas multidisciplinares da saúde mental comunitária, também se sentiu uma limitação no que toca aos profissionais, sendo a presente investigação referente apenas a assistentes sociais e muitas entidades não terem profissionais da área. Essa situação provocou o impedimento de algumas entidades integrarem a amostra.

5. Aspetos Éticos

As questões éticas são de extrema importância e estiveram implícitas desde os primeiros trabalhos de investigação empírica em ciências sociais. O facto de que muita da investigação em ciências sociais envolve como sujeitos seres humanos implica que deva estar sujeita a sólidos princípios éticos e a regras deontológicas estritas, principalmente para a proteção dos indivíduos, grupos e coletividades objeto de investigação, mas também para a dos investigadores e das instituições que os enquadram (Almeida, 2013).

Os requisitos éticos fundamentais de todas as pesquisas científicas na área das ciências sociais são: transparência; autodeterminação; confidencialidade; autonomia. O direito à *transparência* caracteriza-se pela veracidade dos procedimentos, dos dados, dos resultados, das interpretações e de eventuais complicações, reconhecendo os contributos de terceiros e não utilizando nem ocultando más práticas de investigação (ISCTE-IUL, 2016).

Os participantes do estudo devem começar por dar o seu consentimento, de forma livre e convicta, tanto para a entrevista, como para a sua gravação, através do preenchimento do *Consentimento Informado* (ANEXO A).

CAPÍTULO III – RESULTADOS E DISCUSSÃO

1. Caracterização Sociodemográfica dos Assistentes Sociais

Tendo em conta que a presente investigação se foca na intervenção do assistente social, a amostra é composta somente por assistentes sociais inseridos em equipas multidisciplinares da saúde mental comunitária. Inicialmente estava previsto realizar 12 entrevistas, contudo, apenas foi possível entrevistar 10 assistentes sociais. Os dados recolhidos foram: o género, a idade, a formação académica, o tempo de exercício da profissão e a formação específica na área da saúde mental.

Os entrevistados são todos do género feminino e têm uma média de 36 anos de idade. No que se refere á formação académica, todos os entrevistados tiraram Licenciatura em Serviço Social, sendo que dois entrevistados possuem Mestrado e três Pós-graduação. Em relação á formação específica na área da saúde mental, apenas cinco dos entrevistados possuem formação específica neste âmbito. Quanto á função profissional dos inquiridos, todos desempenham funções como assistente social, sendo que, sete dos entrevistados exercem as suas funções em IPSS e 3 entrevistados em meio hospitalar. Verifica-se que sete dos entrevistados se mantêm na área da saúde mental desde que iniciaram a sua carreira profissional e que os restantes tiveram um percurso mais diversificado.

Tabela 1
Dados Sociodemográficos Assistentes Sociais

Dados Sociodemográficos Assistentes Sociais				
Género				
	Feminino		Masculino	
	10		0	
Idade				
20-30	30-40	40-50	50-60	60-70
3	3	3	1	0
Formação Académica				
	Licenciatura	Pós-Graduação	Mestrado	
	5	3	2	
Formação em Saúde Mental				
	Especialização	Sem formação	Formação	
	2	6	2	
Função Profissional				
	Assistente Social em IPSS		Assistente Social em meio hospitalar	
	7		3	
Tempo exercício da profissão				
Até 1 ano	1-10 anos	10-20 anos	20-30 anos	30-40 anos
4	1	3	2	0

Elaboração própria extraída do Excel.

2. Análise e Apresentação dos Dados

2.1 Funções e atividades

Neste ponto procedemos a uma apresentação da análise e interpretação dos dados recolhidos junto dos sujeitos de interesse. A aplicação do guião de entrevista constituiu um método privilegiado de recolha de informação. Recordamos que este estudo foi levado a cabo com o propósito de responder á questão orientadora desta investigação previamente enunciada, onde, estabelecemos como objetivo geral: “*Analisar e sistematizar as práticas do assistente social direcionadas para a inclusão de pessoas com doença mental*”.

Procedemos com a apresentação da análise dos resultados obtidos através de categorias de investigação com trechos considerados importantes. Neste sentido, as dimensões previamente definidas (ANEXO D) serão apresentadas, descritas e elucidadas, recorrendo-se aos discursos dos assistentes sociais, contribuindo para uma visualização mais facilitada do processo indutivo e interpretativo realizado.

A primeira dimensão *Funções e Atividades* destaca-se pela perceção das práticas profissionais desempenhadas pelo assistente social nas equipas multidisciplinares da saúde mental. Esta dimensão esta dividida em duas subdimensões: *funções e atividades*. Na subdimensão *atividades* caracteriza-se pelas tarefas desenvolvidas e pelos recursos existentes. Assim, conseguimos compreender que o Serviço Social integrado em equipas multidisciplinares, possui um papel diferenciador e abrangente. A intervenção do serviço social pauta-se por um trabalho com o utente, família e comunidade.

“Portanto eu acho que aqui o nosso papel diferenciador é trabalhar um bocadinho neste triângulo que é o utente, a família e a comunidade” (A4)

“Promover a reflexão dos cuidadores/família e dos utentes sobre a sua situação são pontos fundamentais no processo de intervenção” (A8)

“Acho que aqui também é muito importante para além do utente, trabalharmos com as famílias, porque são pessoas que também apesar de tudo também sofrem bastante com esta situação e para além dos utentes também temos uma preocupação com as famílias” (A10)

“O assistente social estreita aqui laços da comunidade, família, com o próprio doente que muitas vezes nenhum outro profissional da área da saúde consegue desenvolver” (A9)

Ao abordarmos a prática profissional do assistente social, é indispensável referir o seu papel transversal às áreas de intervenção, ajustando às políticas de proteção social, às equipas de trabalho, às

redes de trabalho e às redes sociais na qual mantém uma articulação, sendo um recurso importante de apoio á intervenção social.

O Serviço Social orienta-se por princípios humanitários e pela aplicação dos direitos humanos através da capacitação das pessoas para superar as relações sociais dominantes, exercendo um papel fundamental na reintegração dos portadores de transtorno mental. As necessidades das pessoas portadoras de doença mental e dos seus familiares são variadas e divergem em diferentes etapas da doença, o que denota a necessidade de uma diversidade de serviços e de ações que permitam o seu acompanhamento e recuperação. Compreendendo a atuação do Serviço Social visando à promoção e a garantia dos direitos sociais ao portador de distúrbio mental assim como à sua família (Oliveira, Martins & Vieira, 2018).

Conseguimos perceber que atuação do Serviço Social está vinculada aos direitos humanos, sendo referido pelos entrevistados como um alicerce á sua intervenção.

“(...) nós tentamos sempre olhar para os nossos utentes plenos de direitos e isso é mais que suficiente para nos promovermos os direitos humanos, eles próprios já fizeram trabalhos nesse sentido, sobre o que é são os direitos humanos, quais são os principais direitos fundamentais, eles já tem essa consciência, porque nós também os incentivamos para que eles tenham consciência, porque se eles não souberem, não estiverem informados que são pessoas plenas de direitos com qualquer pessoa também podem ficar desprotegidos noutras situações e na sociedade em geral. Portanto não deixem de ter essa consciência, de ter presente que tem direito uma habitação com dignidade, a viver com dignidade, ter alimentação, cuidados de saúde, segurança, tudo.” (A1)

“O facto de ainda haver o estigma, o preconceito no acesso aos recursos, no acesso aos serviços, no acesso a direitos básicos que todos nós deveríamos ter e acho que aqui o nosso papel é muito de fazer aqui essa defesa dos direitos e ajudar aqui também na definição de aquilo que vão sendo as políticas.” (A4)

Na subdimensão *funções* destacamos os vários papéis que o assistente social assume ao longo da sua atuação na saúde mental. A reabilitação, reintegração e o acompanhamento das pessoas com doença mental, são fatores que favorecem a recuperação dos mesmos, através de respostas diferenciadas promovendo a autonomia, a integração comunitária e social. Deste modo, os inquiridos destacam o papel de técnico de reabilitação como podemos verificar:

“Nesse âmbito quando vamos encarar um processo de recovery, reabilitação psicossocial é o assistente social que consegue ter aqui uma noção da forma como a família impacta este processo, o encontrar um trabalho impacta este processo, a forma como encontrar uma ocupação para a pessoa ou da forma que muitas das vezes o acompanhamento e da relação de empatia entre o utente e profissional pode ter impacto efetivo neste processo.” (A9)

“Eu acho que aqui o papel do assistente social na reabilitação e reintegração, passa muito aqui também pela parte de darmos-lhes ferramentas para eles serem cidadãos ativos na sociedade, ou seja, serem eles próprios tratarem dos seus assuntos.” (A10)

“Portanto o próprio processo de reabilitação, enfim eu acho que o assistente social vai ter aqui uma intervenção profundamente privilegiada pois vai encontrar uma reposta que vai ajudar no processo de autonomização e reabilitação.” (A5)

Nesse sentido, a reabilitação psicossocial visa a obtenção ou recuperação de aptidões necessárias para a vida em comunidade, que envolve o desenvolvimento e treino de competências pessoais e sociais, nomeadamente em atividades da vida diária (Oliveira & Filipe, 2009).

No que respeita a esta subdimensão, verifica-se que a reabilitação é percebida como um processo articulado, promovendo a reintegração dos doentes mentais, através de intervenções em equipas com um conjunto de respostas integradas de cuidados de saúde e de apoio social que são consolidados em cooperação com serviços diferenciados proporcionando um acompanhamento integrado até ao seu completo restabelecimento

Os participantes ressaltam ainda o papel de mediador, sendo um dos mais importantes na intervenção do assistente social. Foi unânime no discurso dos inquiridos que a mediação é crucial e imprescindível na sua intervenção, podemos destacar a mediação de conflitos com as famílias e utentes e ainda a mediação com instituições da comunidade.

“(…) articulando as várias instituições que já existem perto da pessoa e, sendo este o papel da assistente social, evidenciar que recursos estão disponíveis – contactar, estabelecer pontes – para que a pessoa seja apoiada na comunidade, contrariando o isolamento.” (A8)

“(…) estou ao lado deles para fazerem aquilo que for necessário, nem que seja um contato para a segurança social ou enviar um simples email para uma entidade que precisem, agendar um atendimento nas finanças ou na segurança social, isto passa tudo muito por o assistente social, aqui não fazer as coisas pelo utente, porque isso é que o autonomizar, o empoderar, dar iniciativa para que seja o utente a fazer.” (A10)

“Na minha opinião somos dos profissionais que trabalham nesta área, aqueles que tem melhor formação para fazer este papel, portanto para articular com as equipas e com os colegas.” (A3)

A mediação torna-se ação interventiva da categoria profissional, atuando de forma direta ou indireta, para resolução dos conflitos e como forma de auxiliar o problema apresentado pelos utentes.

2.2 Estratégias de intervenção

Na segunda dimensão *estratégias* procurou-se perceber o funcionamento dos procedimentos e estratégias, no sentido de promover a autonomização dos indivíduos portadores de doença mental. Esta dimensão foi dividida numa outra subdimensão: *processos de intervenção*.

Os processos de intervenção social são desenvolvidos com o objetivo da mudança e desenvolvimento social bem como a transformação social. Conseguimos perceber que os profissionais

entrevistados consideram o estabelecimento de parcerias ativas como um dos processos mais importantes na intervenção social com os utentes portadores de patologia mental.

“Na minha prática profissional: a intervenção desenvolve-se sempre com o objetivo de descobrir e fortalecer os laços com a comunidade junto de indivíduos com doença mental. Articulando as várias instituições que já existem perto da pessoa e, sendo este o papel da assistente social, evidenciar que recursos estão disponíveis – contactar, estabelecer pontes – para que a pessoa seja apoiada na comunidade contrariando o isolamento.” (A8)

“Nesse âmbito da relação entre assistente social e utente eu acho que é privilegiada e na própria maneira como o assistente social domina os recursos da comunidade que pode dar resposta a outras necessidades que surjam, tem aqui um papel fundamental.” (A9)

“(…) há aqui uma grande articulação com serviços da comunidade, temos muitas vezes reuniões com os vários elementos da comunidade para podermos em conjunto decidir algumas estratégias com a camara, polícia, segurança social, os centros paroquiais, as juntas de freguesia.” (A7)

Nos discursos dos participantes, percebe-se que os mesmos atuam maioritariamente em parcerias ativas e privilegiam essa forma de intervir, pois, acreditam que através da interconexão entre os vários serviços, chega-se com mais abrangência a resolução dos problemas que afetam os portadores de transtorno mental.

A inserção profissional é igualmente destacada pelos inquiridos, sendo que seis dos participantes relatam que a inserção no mercado de trabalho e a participação em formações facilitam o processo de autonomização do utente.

A área saúde mental tem vindo ao longo dos tempos a sofrer sucessivas reformas, sendo que os seus objetivos contemporaneamente passam por promover a (re)integração do doente mental ou da pessoa com experiência em doença mental na comunidade, no mercado de trabalho e acabar com os internamentos de longa duração (Decreto-Lei n.º 35/99 de 5 fevereiro, Resolução do Conselho de Ministros n.º 49/2008).

“Alguma autonomização pode ser regressar aos estudos ou terminar os estudos, nos apoiamos nesse sentido e fazemos aquilo que for necessário e possível nesse sentido, autonomiza varia muito de pessoa para pessoa, não só ao nível das suas capacidades ou das suas competências, mas também a nível dos seus objetivos pessoais, porque nos queremos que sejam os utentes também a terem iniciativa e a definir, quias são pra si os seus objetivos, porque eles são livres e plenos de direitos.” (A1)

“Depois é assim, ao nível da autonomização podemos ter outras intervenções mediante efetivamente o contexto ou a situação da pessoa que nos chega, agora parece-me que geralmente nos trabalhamos muito neste foco da questão de dimensão profissional, integração no mercado de trabalho ou no encontrar uma resposta ocupacional quando a funcionalidade não permite mais do que isso” (A4)

Através da perceção dos participantes, entendemos que a o acesso á reinserção laboral é complicado e muitas das vezes impossível de se concretizar, isto porque ainda existe um enorme estigma para com

esta população. As pessoas que conseguem aceder aos recursos existentes, mesmo que possuam competências para voltar ao mercado de trabalho não terão disponibilidade para voltar a trabalhar a tempo inteiro no mercado normal de trabalho, porque tem os efeitos secundários da medicação e um ritmo de vida ligeiramente condicionado. Surge assim a necessidade de adequação em termos de horários de trabalho adaptados e a existência de flexibilização pelas entidades empregadoras, sendo que até ao momento o mercado de trabalho não está apto para tal.

“(...) muitas vezes a pessoa deixa o emprego ou a formação e agora precisa de adequar as expectativas e muitas vezes também fazer reconversão profissional, porque raramente consegue voltar ao trabalho que tinha.” (A5)

“As pessoas que conseguem aceder aos nossos recursos mesmo que tenham competências para voltar ao mercado de trabalho não terão disponibilidade para voltar a trabalhar a tempo inteiro no mercado normal de trabalho, porque tem os efeitos secundários da medicação e um ritmo de vida ligeiramente condicionado e precisavam muito de horários de trabalhos adotados e o nosso mercado de trabalho não está apto para isto. Isto tem sido uma luta, temos alguns projetos sociais, mas tem duração de um ano no máximo e depois acabam, fica sempre alguma coisa, mas não fica uma resposta consistente. Temos neste momento o projeto incorpora, que trabalha a inserção profissional mais específica, não só de pessoas com saúde mental, mas de públicos com alguma vulnerabilidade, pessoas desempregadas de longa duração entre outros, mas continua a difícil de fazer o match de uma necessidade e de uma pessoa com uma capacidade um bocadinho diferente daquela que é normal.” (A3)

“Temos sempre em conta as aspirações dos utentes, que haja uma formação que vá ao encontro dos gostos do utente, que e sempre para isso que nos trabalhamos, aqui nos também preservamos muito dar voz ao utente, damos sempre essa prioridade.” (A10)

A população com doença mental é uma população geralmente afastada do mercado de trabalho. A forma competitiva de organização económica do mundo contemporâneo marginaliza quem “fica de fora”, sendo “o acesso ao emprego no mercado normal de trabalho (...) um meio por excelência, para aceder a uma participação ativa na comunidade e uma garantia de igualdade de direitos e oportunidades fundamentais (Coelho & Ornelas, 2012, p. 465).

Assim, os participantes realçam que a existência das modalidades de mercado social de emprego e de emprego apoiado representam vias relevantes para potenciar esta inserção social. A integração no mercado de trabalho constitui uma esfera privilegiada de acesso a rendimento e de inserção social na contemporaneidade.

2.3 Promoção do empowerment

Na terceira dimensão *Impacto* descreve-se o impacto da intervenção do assistente social ao nível da promoção do empowerment para a inclusão social da pessoa com doença mental.

Esta dimensão divide-se numa subdimensão *promoção do empowerment* caracterizando-se por diversas metodologias participativas/técnicas utilizadas na intervenção do assistente social, estas técnicas estão todas interligadas: capacitação; escuta ativa; cooperação; advocacia social; inclusão/integração social e na família; grupos autoajuda; participação e autonomia.

A capacitação e participação foram abordadas por sete entrevistados como sendo das ferramentas mais importantes para desenvolver o empowerment da pessoa com doença mental.

“(...) efetivamente não há outra forma de trabalhar na saúde mental sem ser trabalhando as competências e capacidades da pessoa e, portanto, o empowerment. A capacitação é efetivamente a base desta intervenção e também é uma coisa que se vai desenvolvendo ao longo dos anos, é o respeito pela dignidade de cada pessoa que estamos a acompanhar e isto no sentido em que não devemos dar nada por garantido, mas devemos ser capazes de aceitar que a pessoa pode não conseguir corresponder aquilo que são as expectativas técnicas. Na saúde mental não só na capacidade de empoderar, mas também ser capaz de pegar na pessoa cujo projeto falhou e recomeçar outra vez seja quantas vezes forem necessárias.” (A6)

“O trabalho ao nível das potencialidades que nos aqui desenvolvemos é fundamental, o que perceber com o utente quais são os seus gostos, as suas apetências, onde é que tem algum talento e até nem sabe que o tem e de que forma é que conseguimos dar uso a tudo isto no seu dia-a-dia.” (A9)

“Sempre que há encontros e formações também para que as pessoas possam ter mais participação e mais presença em tudo o que é relacionado com a saúde mental, não sejam só os técnicos ou os familiares a falarem com estas pessoas, elas também têm uma voz ativa e também que estejam presentes nos grupos de trabalho para darem a sua opinião e defenderem o que acham que é melhor para eles, pronto e é também nesse sentido que nos trabalhamos e promovemos o empowerment das pessoas com doença mental” (A1)

“Para desmistificar o olhar sobre a pessoa com doença mental, faz parte do trabalho das equipas promover a capacitação.” (A8)

A participação é recorrente em todas as abordagens e modelos de intervenção social nas sociedades contemporâneas e em contextos diversos. Contudo, para que o processo de empowerment ocorra e consequentemente haja transformação na própria pessoa e que essa mudança seja projetada para a comunidade onde vive e assim poder influenciá-la e automaticamente também ser influenciada, é necessário que haja abertura social para a participação das pessoas. A participação comunitária e o empowerment são os elementos principais dos programas inovadores de intervenção social e são estruturados para ter lugar num contexto comunitário com a colaboração ativa do grupo-alvo (Ornelas, 1997).

A capacidade de agir e a possibilidade de transformar escolhas em resultados estão, pois, diretamente relacionadas às metodologias participativas, na qual o sujeito é ator ativo nos processos de desempenho ocupacional e participação social em que, mais do que resultados, as experiências vivenciadas pelos membros promovem e concretizam o empoderamento.

A inclusão/integração social e na família foi outro indicador fortemente mencionado e distinguido entre os assistentes sociais, como podemos verificar nas seguintes citações:

“Eu acho que aqui o nosso trabalho ao nível do empowerment não recai só nos utentes, recai também na visão que nós transmitimos para o exterior e na forma como nos também contribuimos sobre os nossos utentes e também da própria forma o utente se apresenta e como ele transmite a família e comunidade que não tem que ser visto como doente mental ou coitadinho porque apesar de todas essas circunstâncias que podem acontecer é algo muito mais do que isto.” (A9)

“(…) eu acho que o empoderamento também deve ser comunitário, porque não somos só os nossos utentes que devem ser empoderados, acho que as pessoas também ter que se empoderadas para poderem atuar com os nossos utentes. Também temos de empoderar a família, para eles em conjunto se sentirem mis empoderados, a própria família também tem que ter consciência que tem de cortar com estigmas.” (A5)

“(…) é um bocadinho o dar-lhes poder para eles atuarem ao nível político, terem uma intervenção comunitária de defesa dos próprios direitos e isto pode passar por coisas como, existe uma convecção geral dos doentes, onde eles poderiam por exemplo dar a sua opinião sobre a forma de dar as guias de tratamento das receitas medicas, onde poderiam dar a opinião sobre a vacinação, onde eles poderiam ter influência ao nível das políticas que os afeta.” (A6)

Neste contexto, os inquiridos, dão-nos conta da importância e evolução do envolvimento não só do próprio doente, como da família e das instituições envolvidas que contribuem igualmente para a emancipação do doente. “Só a participação do utente, da sua família e redes de pertença podem levar às soluções ou escolhas que mais se adequam às suas necessidades e aspirações, no caminho para a recuperação pessoal, para a autonomia e a autodeterminação” (Chantre & Fazenda, 2016, p.39 e 40).

Face ao exposto, podemos afirmar este tipo de trabalho focalizado no utente são estabelecidas relações de confiança e cooperação entre pessoa doente e assistente social, assim como entre as famílias e assistente social, facilitará a sua emancipação pois o doente irá trabalhar com objetivo de ser um cidadão por direito, com o dever de colaborar e participar ativamente na sua recuperação, na sua emancipação dentro de normas e regras como todo e qualquer cidadão, independentemente da sua condição social, de saúde e profissional, etc.

“Empoderar é ainda estimular o senso ou crença da pessoa em sua capacidade de tomar decisões e resolver seus próprios problemas, e encontrar expressão na capacidade de agir e implementar o conhecimento prático, a informação, as habilidades, as capacidades e os outros novos recursos adquiridos ao longo da ação, ou seja, um processo que requer mudança interna e externa, interativo que ocorre entre o indivíduo e o seu ambiente.” (A5)

“Promover a perspectiva de que a pessoa com doença mental consegue e deve ter as suas escolhas, os seus desejos e aspirações, sempre como base o aconselhamento técnico e estabelecimento de relação terapêutica, tento na minha prática profissional, promover o papel ativo dos utentes, das suas competências para a autonomia, do seu juízo crítico face à própria doença – desempenhando a minha atuação numa vertente capacitadora.” (A8)

A ideia do empoderamento na saúde mental significa o que a pessoa com doença mental fortalece internamente de forma a assumir ela própria o controlo da sua vida combinando atividades de ajuda, advocacia e de participação na comunidade (Duarte, 2007), implicando reciprocidade de suporte e participação na comunidade, promovendo competências para envolver-se na sua própria luta pelo combate ao estigma e exclusão social e pela reintegração na comunidade. Neste sentido, devem ser os interventores a facilitar a reintegração mobilizando e potencializando o apoio à pessoa com doença mental. Outros conceitos associados são a capacitação, a emancipação e a autodeterminação. Segundo Fazenda (2008), p. 98, “Empowerment é um processo no qual as pessoas adquirem o controlo e o poder de decisão sobre as suas vidas através da redução de bloqueios sociais ou pessoais ao exercício do poder”. Entenda-se autonomia ou autodeterminação como a capacidade de não se estar dependentes de terceiros como por exemplo organizações de autoajuda. Na emancipação o aumento da autonomia da pessoa portadora de doença mental com vista à redução de estigma e da discriminação, a melhoria das competências pessoais e sociais com o objetivo de criar um sistema de suporte de longa duração (Fazenda, 2008).

A advocacia social também foi referida pelos entrevistados como um caminho para uma cidadania ativa. Ou seja, trabalhar em prol da defesa dos direitos da pessoa doente mental e orientando-a para uma integração na sociedade e no mercado de trabalho, luta pelo direito à igualdade de oportunidades e contra qualquer tipo de discriminação ou de desvantagem social.

2.4 Metodologias de intervenção profissional

A quarta dimensão *Metodologias* caracteriza-se pelas metodologias de intervenção utilizadas pelos assistentes sociais nas equipas multidisciplinares na sua prática profissional. Esta dimensão foi dividida numa subdimensão: *abordagem colaborativa*.

A subdimensão *abordagem colaborativa* especifica as metodologias colaborativas percebidas pelos entrevistados ao longo da intervenção do serviço social. Os tipos de metodologias mencionados foram: reuniões; modelo sistémico e ecológico; programa individual de reabilitação; respostas partilhadas; intervenção em rede; plataforma informática, sendo que alguns assistentes sociais referiram mais que uma metodologia.

Uma grande maioria dos entrevistados consideram que as *respostas partilhadas* são fundamentais para uma intervenção de sucesso, ou seja, a partilha de ideias, opiniões, respostas e visões tornam-se indispensáveis no exercício das suas funções.

“(...) agora como equipa que somos existe muito a necessidade de partilhar e intervenção, portanto, muita coisa se calhar tomo uma decisão, mas tenho a necessidade de partilhar com os meus colegas para saber a opinião deles, estamos a lidar com pessoas e por vezes as coisas que fazemos podem ter impacto e sinto muito essa necessidade de partilha e de trabalho de equipa.” (A4)

(...) sempre foi uma política de trabalho digamos assim, portanto todas as pessoas têm a sua voz, tem oportunidade de participar nas decisões que são tomadas, nos projetos que são pensados, que são definidos. Portanto, eu até tenho alguma dificuldade em pensar ao contrário porque eu acho que qualquer pessoa que trabalhe nesta instituição sente-se digamos que no mesmo nível que qualquer outra pessoa e podendo participar a todas nos níveis e podendo dar a sua opinião, transmitir os seus pensamentos, partilhar as suas ideias. Eu diria que quase tudo é muito pensado em equipa, decidido em equipa.” (A1)

“Muitas vezes os pareceres dos outros elementos da equipa também são muito importantes, nos muitas vezes estamos tao entranhadas na situação e acho que tem que ser assim e assim, mas ouvindo as pessoas de fora ai também acabamos por perceber que não estávamos tao certa e acho que isso também acaba por ser bom.” (A6)

“Quando as vezes surge uma candidatura, muitas vezes nos paramos e sentamo-nos e trocamos ideias, o que é que nos poderíamos fazer ou o que é que nos precisamos. Fazemos isto em equipa, claro que cada um terá mais contributos a dar de acordo com a sua formação, não é, mas isso é normal, mas é tudo tão transversal a todos, que não consigo se quer compartimentar o assistente social, isso é muito mais nível do utente, porque depois a nível da instituição é quase como se isso não existisse essa distinção, porque estamos todos ao mesmo nível, todos nos participamos de forma ativa, todos nós damos os nossos contributos, seja a que nível for de projetos, atividades, novas formas e normas que venham a ser necessárias ao nosso dia, para melhor o nosso trabalho, enfim eu acho que é ai nos tamos todos ao mesmo nível, não há essa distinção.” (A2)

Verificamos que as respostas partilhadas existem e tem impacto positivo em termos de respostas no âmbito da promoção da saúde mental, com o intuito de responder às diversas problemáticas que possam surgir no processo de intervenção na área. Entendemos que nestas parcerias se deve intervir para além de uma perspetiva psicossocial, uma perspetiva ecobiopsicossocial, de relação da pessoa com o meio envolvente em todas as dimensões. Através do trabalho em equipa e em parceria com outras instituições da comunidade a resposta deve fazer-se de forma integrada.

Sobre as parcerias que contribuem no processo de intervenção juntos dos doentes mentais, que permitem a prestação e acessibilidade nos cuidados de saúde mental, foram elencadas algumas por parte dos profissionais entrevistados.

“Há aqui uma grande articulação com serviços da comunidade, temos muitas vezes reuniões com os vários elementos da comunidade para podermos em conjunto decidir algumas estratégias com a camara municipal, policia, segurança social, os centros paroquiais, as juntas de freguesia e com essa reuniões obtemos informações que não tínhamos porque há outro contexto da habitação, centro de saúde de situações que se passam la e nos aqui não temos noção, por isso é muito importante estas reuniões de articulação entre os parceiros da comunidade.” (A6)

“A minha prática profissional passa pelo trabalho em rede (trabalho numa associação comunitária que articula com estruturas hospitalares, serviços de apoio domiciliário, autarquias, outras instituições...) como forma de promover os cuidados nas redes primárias.” (A8)

“Portanto estão sempre muito disponíveis para uma intervenção mais interdisciplinar no sentido efetivo da palavra, desde visitas domiciliarias serem feitas por vários elementos da equipa, ter reuniões de articulação com elementos da comunidade seja psp, autarquia sejam ipss, estarem sempre disponíveis acompanhar-me a mim também enquanto assistente social e de alguma forma interlocutora com o

exterior, eu pelo menos assumo muito aqui esse papel, de fazer aqui esta ponte com as estruturas da comunidade, mas temos realmente uma cooperação muito interessante.” (A9)

No que toca á cooperação e articulação, 8 dos assistentes sociais entrevistados referem que estes dois componentes são essenciais entre os vários elementos das equipas multidisciplinares ao longo de todo processo de reabilitação e reintegração do utente.

“Há sempre um espírito de cooperação. Um grande espírito de equipa e de entreaajuda, cada um sabe o seu papel, mas ao mesmo tempo não nos sentimos sozinhos e sabemos que temos sempre ali uma equipa que é um suporte e que nos permite aqui traçar objetivos em conjunto, sempre com o fim último que é a qualidade de vida das pessoas, que elas melhorem a sua condição. Mas de facto há aqui um grande espírito de cooperação, nunca senti algum tipo de competição ou de achar que o meu papel é mais importante do que o do outro ou vice-versa.” (A4)

“A articulação sempre foi boa, há a divisão de tarefas e das pessoas que ocupam os cargos naquela altura, não vou dizer que as vezes não há sobreposições ou dificuldades, mas em geral as coisas correm bem, há uma boa divisão de trabalho e interdisciplinaridade” (A3)

“Articular constantemente, trabalhar com objetivos de integração comuns, promover estratégias de intervenção em conjunto e coordenadas com outras equipas, promover a participação dos utentes e das suas famílias.” (A6)

Nos discursos dos participantes, percebe-se que os mesmos atuam em equipas multidisciplinares e privilegiam essa forma de intervir, pois, acreditam que através da interconexão entre os vários saberes e práticas (interdisciplinaridade), chega-se com mais abrangência a resolução dos problemas que afetam os portadores de transtorno mental.

Nesta medida, as equipas multidisciplinares, de modo que consigam atender à globalidade das necessidades das pessoas com doença mental, desenvolvendo ações integradas e contextualizadas, sem que haja sobreposição de papéis profissionais. Um acompanhamento que alie o tratamento e a reabilitação permite que pessoas com psicopatologias crónicas consigam ter o máximo de autonomia possível, ao invés de permanecerem eternamente em consultas hospitalares, sem vislumbrar uma vida na comunidade. O respeito pela pessoa, o olhar holístico sobre ela e a sintonia empática criam as condições necessárias para lhe dar o espaço de participação (Ferreira, 2016). O assistente social inserido nas equipas multidisciplinares no âmbito da saúde mental, deve lutar pela defesa e ampliação dos direitos dos utentes e familiares, como também, para (re)pensar a prática profissional neste campo que possui inúmeros desafios. Deste modo, a prática do assistente social nos serviços de saúde mental exige uma análise crítica constante, tornando-se necessário demarcar aspetos relacionados a profissão, considerando a lógica interdisciplinar, no intuito de não perder as diretrizes norteadoras da profissão (Garcia & Guilherme, 2019).

O *programa individual de reabilitação (PIR)* foi o segundo indicador mais mencionado por 6 entrevistados. Este instrumento visa organizar, operacionalizar e integrar todas as repostas às

necessidades e expectativas do utente. Permite planejar os serviços prestados de forma a promover o seu tratamento, a sua reabilitação psicossocial, a sua autonomia e a sua qualidade de vida, respeitando sempre hábitos, preferências e confidencialidade do utente. Este é definido no início da intervenção, onde é feito um acompanhamento e posteriormente são realizadas avaliações.

“(...) cada utente é um utente e cada pessoa é uma pessoa, logo no início é feito um plano de intervenção individual onde o técnico de referência com o utente vai definir qual o seu plano para este ano, o que é que o utente precisa, o que é que o utente quer. Pronto isto ao nível da autonomização, no fundo eu vejo nesta ótica, que é o utente tem que fazer aquilo que ele quer e achamos que é melhor para ele e nos ajudamos, aí já há uma autonomia porque é uma escolha do utente, o utente é que escolhe, decide. Depois de decidir é feito todo um trabalho de acordo com o que é preciso trabalhar, pode ser competências pessoais, competências sociais, ajudar por exemplo a tirar o passe social e em vez de ser eu a fazer, por o utente a fazer.” (A2)

“Nós temos um instrumento de intervenção que os técnicos de referência utilizam, que é o PIR programa individual de reabilitação e é um programa onde nos definimos com o utente e tentamos ou a intenção é que seja o próprio a definir quais são os seus principais problemas e o que é que as suas principais dificuldades, onde é que gostariam de melhorar. Portanto neste programa nos definimos quais são as tarefas, as atividades que vamos desenvolver, aplicar para que ele consiga então identificar nessas situações como sendo as suas maiores dificuldades ou as suas maiores preocupações e onde gostaria de melhorar e fazer melhor. Portanto nesse sentido, nos também definimos com os utentes quais são as atividades ou quais são as tarefas que nos vamos fazer em conjunto para que ele consiga então concretizar e ou objetivos que define nesse programa.” (A1)

Os assistentes sociais entrevistados fazem referência as várias etapas do programa de individual de reabilitação: *avaliação inicial, definição de objetivos gerais e específicos, intervenções e monitorização e avaliação.*

“(...) se calhar aquilo que nos temos de mais particular é o PIR (plano individual de reabilitação) que é um plano que é realizado com o próprio com apoio do técnico de referência que vai monitorizando o PIR e aquilo que são os objetivos pessoais da pessoa e qual é o plano de ação, tudo o que vai ser necessário para concretizar. isto pode ser desde voltar a estudar, trabalhar questões da imagem pessoal, aprender tarefas domésticas, encontra voluntariado, podem ser inúmeras coisas. Tudo é combinado com a pessoa e depois é feito um acompanhamento e avaliações, vamos reformulando o próprio PIR que vai tendo diferentes objetivos ao longo do tempo. Agora nos sabemos que mudar comportamentos demora muito tempo e as vezes andamos anos e anos para conseguir atingir uma das consequências, mas é possível ir atingindo os objetivos e se calhar mais a nível de reabilitação, ao nível individual deste trabalho com a monitorização do seu PIR.” (A7)

A reabilitação psicossocial aponta para a promoção de um nível ótimo de funcionamento nos indivíduos e sociedades e para a minimização de incapacidades e desvantagens físicas ou mentais, acentuando as escolhas individuais dos sujeitos. Articulando estes dois conceitos depreendemos que os programas de reabilitação poderão ser definidos como um conjunto de atividades e serviços desenvolvidos por profissionais com competência técnica e conhecimentos específicos cujo objetivo final será proporcionar aos indivíduos capacidades ou competências que lhes permitam decidir sobre si próprios e funcionar de forma satisfatória em sociedade (Violante, 2012).

Podemos considerar a avaliação de programas ou projetos uma forma sistemática de utilizar a experiência para melhorar a atividade em curso e planejar mais eficazmente (Organização Mundial da Saúde, 2019). Este processo que procura determinar, de forma tão sistemática e objetiva quanto possível, a relevância, a eficácia e o impacto de uma intervenção, ou outras atividades, à luz dos seus objetivos, é obtido através da comparação entre algo, com um padrão ou modelo, e implica uma finalidade operativa que é corrigir ou melhorar.

2.5 Procedimentos éticos

A quinta dimensão *procedimentos éticos* caracteriza-se pelos princípios e valores éticos do serviço social, nomeadamente o respeito pela dignidade da pessoa e pelos direitos humanos. Esta dimensão foi dividida numa subdimensão: *direitos humanos*

A subdimensão *direitos humanos* especifica a forma como os assistentes sociais enquadram a questão da dignidade humana e dos direitos humanos na saúde mental. Os indicadores mencionados pelos entrevistados foram: justiça social, participação, confidencialidade, dignidade humana e autodeterminação.

Uma grande maioria dos entrevistados (8) consideram que a dignidade humana esta presente diariamente na sua intervenção e referem que o respeito pela pessoa com doença mental é primordial para garantir a dignidade de cada indivíduo, tendo sempre em conta a sua identidade.

“Eu acho que para já nas próprias respostas sociais é uma coisa que nós falamos muito em equipa, que é o facto de conservar sempre o respeito pela pessoa, por aquilo que ela quer, mesmo que as vezes possa não parecer aquilo que nos queríamos e, portanto, respeitar sempre na sua individualidade, as suas opções, as suas escolhas. Trabalhamos muito e refletimos muito nesse sentido, para que a pessoa se sinta respeitada e com a maior dignidade.” (A4)

“Uma das coisas que nos fazemos na nossa intervenção, é olhar para estas pessoas plenas de direitos, o que é que isto quer dizer, muitas da vezes aquilo que poderá parecer um absurdo para nós não é, o sentirem que nos podemos achar que aquela pessoa não esta ou não esta conseguir perceber ou definir aquilo que é realmente importante para si, ou então ate esta a ver de uma outra maneira, estou em a lembrar-me de um exemplo, pessoas que as vezes não tem rendimentos nenhum, mas que querem ter uma casa enfim que não podem pagar, não é. Nós não podemos chegar a essa pessoa e dizer, olhe não vai ter isso, não vai conseguir ter isso porque não tem dinheiro, não é, isto seria la esta um atentado ao direto da pessoa, o nosso trabalho é muito sensibilizar, acompanhar o utente, ver com ele as várias possibilidades, sentar ao lado dele, fazer contas, mostrar como é que as coisas realmente funcionam, para que ele próprio possa tomar consciência, perceba o que é que esta ao seu alcance e portanto isto é muito respeito os diretos dos outros, no sentido de serem pessoas, serem tratados como pessoas com dignidade.” (A1)

Um dos maiores desafios na área da saúde mental é a garantia e defesa dos direitos humanos dos doentes à escala global, principalmente no que toca à melhoria da acessibilidade e qualidade dos serviços de saúde mental, monitorização do cumprimento dos direitos humanos nos serviços de saúde mental,

formação dos profissionais de saúde mental para esta temática, consciencialização pública e combate ao estigma e melhoria da legislação em saúde mental (Almeida, 2018).

Os assistentes sociais devem priorizar uma prática de empoderamento e participação ativa dos utentes na gestão e estabelecimento das necessidades humanas a serem instrumentalizadas enquanto direitos. Posicionar-se enquanto profissão dos direitos humanos e orientar uma prática profissional sob a forma de mediação e concretização desses direitos, garantindo assim aos cidadãos a plena vivência de sua dignidade engloba a defesa de uma ideologia profissional. Ife (2008) caracteriza a importância da ideologia e dos valores profissionais na definição das necessidades humanas; valor, ideologia e julgamento refletem a expertise profissional e para tanto são extremamente válidos na intervenção do assistente social.

Ainda no sentido da dignidade da pessoa, os assistentes sociais ressaltam a importância do acesso à habitação condigna, a um emprego ou formação e às prestações sociais.

“Outra questão importante o acesso à habitação, o acesso à escola, enfim existe efetivamente constrangimentos que os nossos utentes passam pelo facto de terem uma doença mental e isto é inegável na própria dificuldade que tem no acesso a alguns serviços e que os próprios serviços criam e barram, porque quando a pessoa não se consegue exprimir facilmente ou quando tem as vezes comportamentos um bocadinho estranhos de compreender e há pouca sensibilidade por parte dos serviços em atender utentes com estas características. Depois a questão que eu a pouco fui falando um bocadinho, que o acesso a direitos até ao nível das prestações sociais mais elementares, a pensão por invalidez, pensão de velhice, rendimento social de inserção ou outras dimensões relacionadas com as questões da segurança social são efetivamente importantes e que os nossos utentes muitas vezes nem sabem que tem direito e que não foram trabalhados com eles.” (A2)

(...) a habitação é um direito da pessoa e que não está minimamente respeitado e pela dignidade da pessoa e muitos utentes ainda vivem com os pais, sem autonomia e a capacidade de conseguir ter uma casa própria e não viver aos 40 anos com os pais. Eu acho que falta uma resposta ao nível de apoio domiciliário e a rede de cuidados continuados vai trazer isto, mas não basta só uma resposta, tem de se criar uma mentalidade para reencaminhar os utentes para essa resposta.” (A5)

“A nível ético um dos valores que eu acho que é muito importante de referir haver aqui uma equidade e igualdade, pois os utentes com problemas de saúde mental muitas vezes tem aquele pensamento de que não tem os mesmos direitos que as outras pessoas e que não tem acesso aos mesmos direitos e portanto eu acho que é muito importante nos aqui realçarmos a equidade porque acho que independentemente de quem seja a pessoa, qual seja o seu problema, a sua identidade e independentemente desses fatores todos, nos não podemos discriminar essa pessoa, seja quem ela for, em que contexto de vida, seja o que for e portanto acho que deve haver uma igualdade de acesso aos direitos e quem diz aos direitos diz a tudo aquilo que se possa imaginar, igualdade de acesso ao emprego, formação, ter rendimentos para subsistir e que não tenha de depender de outros.” (A10)

A prática do assistente social reconfigura-se em torno dos seus princípios e modalidades de intervenção, de acordo com as pessoas ou grupos e a sua situação patológica. Para o Serviço Social a saúde mental tem de ser entendida como uma resultante das condições de vida, do acesso ao emprego, ao salário justo, à habitação condigna, à educação, à saúde e a proteção dos direitos humanos. Nesta

perspetiva o assistente social tem um papel indiscutível a desempenhar porque fazem a articulação entre a saúde mental e a questão social (Fazenda, 2008).

Dois assistentes sociais referiram que deve existir sempre um equilíbrio entre os direitos e deveres da pessoa com doença mental, fazendo valer os seus deveres em consonância com os direitos para que a dignidade do indivíduo seja inteiramente respeitada independentemente da sua patologia mental.

“Nunca há direito sem dever associado, uma coisa contrabalancei-a a outra e muitas vezes as pessoas em geral esquecem-se dos seus deveres e é o nosso papel de responsabiliza-los sempre pelas suas ações e nunca tratar as pessoas como coitadinhos, como aí tenho tanta pena, aí pobrezinho isto é uma atitude que não podemos ter em qualquer intervenção mas muito menos na pessoa com doença mental, isto porque a pessoa deve ser tratada e não é a doença, a pessoa é a pessoa que também tem uma doença, acho que aí é o ponto principal da dignidade e também do fazer valer os direitos” (A6)

“Infelizmente estas questões colocam-se diariamente, indo as doenças graves da saúde mental estas questões são mais diluídas e sim trabalhar sempre com respeito pelos direitos, mas há uma coisa que eu digo desde muito cedo nos não nos podemos esquecer de lembrar as pessoas que também tem deveres e assim como as fazemos entender os seus direitos e trabalhamos para os seus direitos, temos um papel de responsabilidade para que elas se recordem que tem de cumprir os seus deveres.”(A3)

A participação foi o segundo indicador mais mencionado pelos entrevistados, referindo que o utente deve participar nas decisões, planeamento e avaliação de serviços, bem como a autonomia e defesa dos seus direitos tem de ser ainda mais trabalhada.

“O que nos fazemos é tentar envolvê-los nesse processo também, estarem a par daquilo que existe e daquilo que de certa forma lutamos para que exista sempre a presença dos direitos humanos e a dignidade das pessoas. No fundo é que eles se consigam defender e lutar pelos seus direitos.” (A2)

“Portanto passa por nós e quando digo nós, equipa multidisciplinar, mas digo muitas vezes nós assistentes sociais que temos esta compressão e esta sensibilidade, desmistificar algumas questões e ajudar que os utentes vejam os seus direitos assegurados, isto é fundamental da nossa parte. Não permitir, porque muitas vezes o próprio utente não se consegue fazer ouvir, mas garantir que o utente é ouvido e mais importante ainda é dar-lhe ferramentas a ele para que numa próxima situação ele consiga ver os seus direitos garantidos.” (A9)

“A intervenção do assistente social está comprometida com valores humanísticos e deverá sempre ter por base a justiça social, a dignidade das pessoas, promoção da autonomia e participação.” (A8)

“Nós promovemos, por exemplo, uma das coisas que eu acho que muitas pessoas poderão não entender, nós incentivamos muito a que eles utilizam o seu direito ao voto quando há eleições, e eles próprios ficam um pouco, indignados, mas ficam muito surpeenidos, porque é que vou votar agora? Nós incentivamos e explicamos que tem direito como qualquer uma pessoa de ir votar e de dar a vossa opinião de acordo com aquilo que sabe e não interessa se é mais se é menos, se é pouco se é muito, tem direito a uma opinião e tem direito a ir votar como qualquer pessoa.” (A1)

A mudança de paradigma na saúde mental tem vindo a relevar a importância da participação dos utentes com patologia mental nos seus próprios processos de reabilitação. O respeito pela pessoa, o olhar

holístico sobre ela e a sintonia empática criam as condições necessárias para lhe dar o espaço de participação (Ferreira, 2016).

O assistente social inserido nas equipas multidisciplinares no âmbito da saúde mental, deve lutar pela defesa e ampliação dos direitos dos utentes e familiares, como também, para (re)pensar a prática profissional neste campo que possui inúmeros desafios. Neste sentido, a prática do assistente social nos serviços de saúde mental exige uma análise crítica constante, tornando-se necessário demarcar aspetos relacionados a profissão, considerando a lógica interdisciplinar, no intuito de não perder as diretrizes norteadoras da profissão (Garcia & Guilherme, 2019).

O Serviço Social tem a competência de fazer prevalecer os direitos humanos, para além da teoria, dos valores e da sua prática profissional. Hoje, mais do que nunca, temos de ter estes direitos em mente, não porque devem ser apenas conquistados, mas para a sua promoção, para que não sejam simplesmente reconhecidos nas constituições dos países (Martínez, 2016). Assim, a intervenção do assistente social é muito importante na concretização dos direitos humanos, e este deve procurar dar ferramentas ao cidadão com transtornos mentais para desenvolver e decidir sobre as questões que o envolvem, mas também trabalhar precocemente, para as potencialidades e não só para as suas fragilidades.

A grande maioria dos entrevistados destacam o papel do assistente social sendo imprescindível e fundamental nas equipas multidisciplinares de saúde mental comunitária, como podemos verificar nas seguintes citações:

“A intervenção do assistente social vai para além do quadro clínico – o que mostra a importância e o papel fundamental do serviço social. Aliando ao tratamento médico muitos outros fatores que são determinantes na vida dos indivíduos: condições sociais, rede de suporte, fatores económicos e culturais. Está aqui patente uma abordagem holística às questões da saúde mental.” (A8)

“(…) não querendo suar nem ser prepotente, acho que é um ato de humildade, mas efetivamente eu diria que não há nenhum outro elemento na equipa que consiga ou que esteja disposto a acompanhar o utente no seu processo reabilitativo. Como lhe dizia no início temos a equipa alguma parte da nossa intervenção se toca, portanto todos nos fazemos reabilitação psicossocial, todos nos trabalhamos o utente nesta área das suas competências e das suas capacidades e do seu empoderamento mas efetivamente não há nenhuma categoria profissional que faça o que nos fazemos, esta gestão de recursos, este entendimento holístico da pessoa que esta a nossa frente, esta ligação a fazer entre aquilo que esta disponível que é muito pouco com aquilo que a pessoa esta capaz ou disponível para mudar é uma ligação que só o serviço social pode fazer e naturalmente que não o podemos fazer sozinhos a equipa também é fundamental por isso, porque depois há áreas específicas, nós não podemos de todo consultar e medicar uma pessoa, mas nos temos a determinada altura a capacidade para entender que a pessoa apresenta sinais de que já não está tão estável, que já não esta tao seguro e ai podemos reportar e pedir ao medico que faça depois um aporte do ponto de vista terapêutico. Na reabilitação psicossocial eu diria que o assistente social é quem tem um papel mais preponderante.” (A6)

“(…) a dimensão social no âmbito da saúde mental é de extrema importância e nos verificamos isso diariamente, a própria doença mental leva a uma serie de constrangimentos no funcionamento da pessoa e portanto não olhar para a dimensão social ou psicossocial da pessoa com doença mental é ignorar uma serie de dimensões da pessoa, o contexto em que a pessoa vive que vai potenciar a descompensação da doença e muitas vezes é o assistente social que esta atento a estas questões, que consegue encara-las de uma forma mais abrangente e ampla e que consegue ter uma visão holística do próprio doente, além da medicação, do diagnostico, do acompanhamento psicológico e portanto o assistente social estreita aqui laços da comunidade, família, com o próprio doente que muitas vezes nenhum outro profissional da

área da saúde consegue desenvolver. Eu acho que o serviço social tem realmente uma formação e uma compreensão que é das mais amplas, enfim agora vou puxar a brasa a nossa sardinha. Nesse âmbito quando vamos encarar um processo de recovery, é o assistente social que consegue ter aqui uma noção da forma como a família impacta este processo, o encontrar um trabalho impacta este processo, a forma como encontrar uma ocupação para a pessoa ou da forma que muitas das vezes o acompanhamento e da relação de empatia entre o utente e profissional pode ter impacto efetivo neste processo. Nesse âmbito da relação entre assistente social e utente que eu acho privilegiada e na própria maneira como o assistente social domina os recursos da comunidade que pode dar resposta a outras necessidades que surjam, tem aqui um papel fundamental. Muitas vezes uma avaliação errada que o serviço social possa fazer de uma avaliação social de um determinado contexto, pode levar a uma resposta desajustada, mas uma avaliação que seja efetivamente bem construída e que consiga conduzir o utente no sentido de uma intervenção que vá ao encontro de necessidades reais pode fazer toda a diferença. Portanto o próprio processo de reabilitação, enfim eu acho que o assistente social vai ter aqui uma intervenção profundamente privilegiada pois vai encontrar uma resposta que vai ajudar no processo de autonomização e reabilitação. Agora claro que o papel dos restantes profissionais, porque o serviço social não atua e não deve atuar sozinho, mas esta dimensão holística que o profissional de serviço social tem e que consegue trazer e envolver os restantes profissionais e identifica respostas que são necessárias para as necessidades do doente é nesta dimensão que o serviço social realmente se destaca e na articulação com a equipa, eu acho que isso é fundamental.” (A9)

Existe um reconhecimento crescente da importância da contribuição do Serviço Social nos serviços de saúde mental comunitários. Assim, o assistente social inserido nas equipas multidisciplinares da saúde mental comunitária, aprimora a prática de toda a equipa, sendo o seu contributo necessário para que os utentes recebam apoio no sentido de promover uma recuperação a longo prazo. Este estudo constatou ainda que sem a intervenção do Serviço Social, a equipa de saúde mental comunitária é menos oportuna, podendo haver uma perda da voz dos utentes. O trabalho do assistente social destaca-se com um papel importante na equipa de saúde mental comunitária, sendo claramente imprescindível em todo o processo de recuperação do utente (Abendstern et al., 2020).

3. Discussão de Resultados

Iniciamos esta dissertação com o propósito de compreender e analisar de que forma as práticas do Serviço Social estão direcionadas para a inclusão da pessoa com doença mental, bem como perceber de que modo as potencialidades e constrangimentos dos assistentes sociais influenciam a prática e intervenção da profissão.

Em termos de intervenção, percebe-se que a área da saúde mental apresenta muitos desafios profissionais, sendo entendida como algo que deve ir mais além, onde, o profissional no âmbito da sua intervenção exerce atividades de diversas naturezas, desde acolhimento, diagnósticos, assistência humanizada e diferenciada, monitoramento, reabilitação social, garantia dos direitos, análise de competências e vulnerabilidades e intervenção na família.

Segundo, Rosa & Lustosa (2015), a intervenção do assistente social na saúde mental está multideterminada por uma série de elementos. É determinado por todo um contexto macro societário, no qual se desenham as políticas públicas, numa correlação de forças em que distintos projetos

enfrentam, que conformarão princípios e coordenadas que delimitarão os serviços que os implementarão. Ademais, as equipas multidisciplinares compostas por um assistente social desde o início da sua criação, tem uma maior oportunidade de fazer valer o papel do Serviço Social de maneira mais ampla. As equipas multidisciplinares contribuem para a construção de um serviço com relações menos hierarquizadas, ao mesmo tempo em que se constrói um território de poder mais compartilhado. Atualmente, a prática do assistente social na saúde mental, ainda se conforma como um espaço em construção, requerendo maiores sistematizações por parte da categoria.

O Código de Ética do assistente social e a Lei da Reforma Psiquiátrica, destacam a necessidade de se enfatizar a interdisciplinaridade na atuação profissional, permitindo uma prestação integral da saúde mental ao doente, rompendo assim com a fragmentação do atendimento, acreditando que o trabalho numa equipa multidisciplinar proporciona uma intervenção mais adequada e diversificada.

Devido a multiplicidade de fatores que intervêm na construção da realidade social e a complexidade das situações com que se depara, o Serviço Social no campo da saúde mental só pode desempenhar um papel eficaz e eticamente relevante se adotar uma abordagem multidimensional, fundamentada nos contextos em que se situa valorizando as interações entre os atores e os níveis de intervenção necessários (Fazenda, 2017).

Reconhecemos as limitações muitas vezes presentes no cotidiano do desenvolvimento profissional, as quais se inserem num cenário político, económico e social que precariza as condições de acesso e qualidade dos serviços prestados. Sendo que estas limitações são encardas como desafios na procura de uma prática crítica, ética criativa e comprometida com a democracia e cidadania quem tem vindo a ser contemplada numa perspetiva ético-política do Serviço Social.

Neste sentido e em conformidade com os resultados obtidos importa referir que os assistentes sociais entrevistados identificam na sua prática o modelo de intervenção ecológico e sistémico, referindo igualmente a importância do empowerment e da capacitação das famílias. O facto de o assistente social intervir nestes três contextos permite-lhe analisar o sistema no seu todo, aberto a influências e a fatores condicionantes.

Em relação às respostas existentes percebe-se que elas existem e são consideradas importantes, que provocam mudanças significativas na reabilitação e integração das pessoas portadoras de transtornos mentais. Perceber como essas respostas sociais interferem diretamente na vida dos indivíduos é perceber como se está a lidar com o respeito à dignidade humana, e para tanto, deve-se ter uma noção clara do conceito de dignidade humana. Esse panorama exige das assistentes sociais o exercício do seu carácter ético-político na constante luta pela consagração da justiça social, na defesa dos direitos humanos, nas prerrogativas da profissão e sempre objetivando o respeito à dignidade humana dos utentes. O carácter ético do Serviço Social expressa-se pela sua atitude profissional, sendo que esta atitude consiste em conhecer, observar e pensar para agir refletidamente e ser responsável pela aplicação desse conhecimento.

A integração do profissional de Serviço Social na área da saúde mental é imprescindível, na medida em que é o profissional mais bem posicionado para estabelecer não só o contacto com utente, bem como com as famílias e as instituições públicas ou privadas que estejam a acompanhar o utente no processo de emancipação. O profissional de Serviço Social intervém de forma direta com o utente e a família definindo estratégias de intervenção que contribuam para diminuir as situações de exclusão social a que possam os doentes estar expostos, promovendo a sua integração na sociedade favorecendo o processo de cidadania.

Neste contexto, podemos destacar o papel de suporte e advocacia que o assistente social desempenha, na defesa dos interesses e pela perceção da insuficiência dos serviços que atendem os grupos mais fragilizados. Constatamos também que a falta de alternativas residenciais, a falta de autonomia, as dificuldades na inserção sociofamiliar e profissional são entraves á reinserção e reintegração da pessoa com doença mental na sociedade.

O Serviço Social pauta-se por ser uma profissão que promove a integração social do individuo, desenvolvendo as capacidades que facilitem a sua integração na comunidade e na sociedade onde este se encontra inserido. Frequentemente trabalha indivíduos em situação de desqualificação social, passando a intervenção por aumentar a autoestima dos indivíduos, a sua capacidade para resolver situações, solucionar problemas com os quais se depara no seu quotidiano, desenvolva uma consciência critica que permita a sua emancipação independentemente dos obstáculos com os quais se possa deparar.

No que concerne aos direitos humanos, os profissionais demonstram ter dificuldades em instrumentalizar os conceitos, em estabelecer a relação entre teoria e prática dos direitos humanos, como direcionar uma prática profissional embasada nos pressupostos dos direitos humanos quando as estruturas direcionam a outros caminhos que não passam pelo respeito aos direitos verbalizam a necessidade de um debate mais focalizado.

Um dos maiores desafios na área da saúde mental é a garantia e defesa dos direitos humanos dos doentes à escala global, principalmente no que toca à melhoria da acessibilidade e qualidade dos serviços de saúde mental, monitorização do cumprimento dos direitos humanos nos serviços de saúde mental, formação dos profissionais de saúde mental para esta temática, consciencialização pública e combate ao estigma e melhoria da legislação em saúde mental (Almeida, 2018).

As declarações dos entrevistados demonstram ainda a importância da participação da pessoa com doença mental no seu processo reabilitativo. A mudança de paradigma na saúde mental, tem vindo a relevar a importância da participação dos utentes com patologia mental nos seus próprios processos de reabilitação. Segundo Vasconcelos (2003), é fundamental que as pessoas com doenças mentais participem no processo de tratamento e da sua recuperação, aumentando a sua autoestima, permitindo-lhe assim aferir as suas capacidades, limitações e melhorar por sua vez o modo como encara os desafios que lhe surgem diariamente. Para tal é fulcral a compreensão e colaboração de todos os intervenientes. O respeito pela pessoa, o olhar holístico sobre ela e a sintonia empática criam as condições necessárias para lhe dar o espaço de participação (Ferreira, 2016).

A importância na mediação, também foi mencionada, colocando o Serviço Social como um agente de mediação a vários níveis e que resulta em dois contributos fundamentais, o atributo da relação, (da relação humana e da relação social) e o atributo da comunicação. É, assim, uma figura com um papel de mediação. No sentido em que procura que haja um entendimento entre o doente e a instituição quanto ao acordo e aceitação por parte deste das regras a que poderá estar sujeito por exemplo entre o doente e a família. O campo de atuação do profissional de Serviço Social é cada vez mais complexo e exige a este profissional um agir, crítico, reflexivo, estratégico que na prática se operacionaliza em conhecimentos e competências práticas e teóricas. O assistente social é cada vez mais um agente ativo e contribui para que a sua autonomia e reconhecimento enquanto profissional (Santos, 2008).

Há ainda um longo caminho para percorrer em sociedade na promoção da saúde mental e prevenção da doença, no desenvolvimento de políticas sociais, no combate ao estigma a que os utentes e as suas famílias estão sujeitas, à forma de trabalhar e apoiar a pessoa com doença mental, na (re)inserção no mercado de trabalho como na própria comunidade, combatendo o isolamento social, profissional e económico a que estes estão sujeitos. Pois não basta criar políticas sociais ao nível do emprego, é preciso acompanhar a pessoa com doença mental no sentido de que todos tenham a possibilidade de alcançar um emprego competitivo, em que o profissional acompanhe a sua reabilitação e todo o processo de recovery (Coelho & Ornelas, 2012).

CONCLUSÕES

Este estudo sistematizou o agir do assistente social quando integrado numa equipa multidisciplinar da saúde mental comunitária, assim como analisar de que forma as práticas do Serviço Social estão direcionadas para a inclusão da pessoa com doença mental. Este trabalho contribuiu ainda alargar conhecimentos sobre a saúde mental e problematizar o lugar do assistente social na formulação de políticas e de estratégias interventivas promotoras dos direitos do cidadão com doença mental.

Em conformidade com os dados empíricos desta investigação percebemos que o assistente social possui especificidades na sua intervenção na saúde mental comunitária, como a promoção, a defesa e a garantia dos direitos humanos das pessoas com transtornos mentais, bem como, a mediação e a reabilitação psicossocial.

Consideramos que o profissional de Serviço Social atua como um promotor do empoderamento e da advocacia social, sendo também uma das especificidades do assistente social no campo da saúde mental, onde, promove a participação dos doentes nas suas vidas, no seu meio social e serviços, na sua integração, no acesso a informação acerca de direitos/deveres e benefícios, de forma a assegurar que os mesmos possam manifestar-se, expressar as suas opiniões e defender os seus interesses, permitindo assim, uma maior compreensão das normas e rotinas não só dos serviços como outros que possam auxiliar no processo da recuperação e reabilitação.

O estudo permitiu conhecer o processo de intervenção dos assistentes sociais na saúde mental em contexto comunitário, através das entrevistas aplicadas, onde, percebeu-se que o assistente social intervém junto da pessoa com doença mental durante todo o seu processo reabilitativo, desde o momento da sua admissão, com a realização do diagnóstico social e do programa individual de reabilitação, articulação com os serviços, considerando os diferentes processos de intervenção e apoio social.

No que concerne às respostas comunitárias existentes, constatamos que estas são muitas vezes insuficientes e inadequadas, havendo necessidade de serem respostas mais diversificadas com diferentes níveis de intervenção e de fácil acesso.

A intervenção do Serviço Social ocorre em simultâneo com outras áreas de saberes, por reconhecerem a importância e a necessidade de um trabalho em equipa, no qual, permite fornecer respostas mais integradas e completas face á situação dos doentes mentais e construir um plano de reabilitação numa troca recíproca. A interdisciplinaridade é percebida como algo que enriquece a área do Serviço Social, atendendo aos inúmeros focos de intervenção dos assistentes sociais no campo da saúde mental através de uma abordagem mais ampla e mais flexível. Assim o trabalho em parceria é uma realidade nas intervenções com os doentes mentais, onde, tal como foi mencionado o processo de trabalho em saúde mental requer práticas pensadas em conjunto, com vistas a promoção, proteção e reabilitação dos doentes mentais.

Tal como refere Esteves (2011), o campo da saúde mental tem características múltiplas, no qual exige uma resposta holística e respostas multidisciplinares, com propostas de intervenção mais coerentes e eficazes, privilegiando a participação de todos os agentes.

De ressaltar que as intervenções dos assistentes sociais também são articuladas com outras redes, através de parceria com instituições e serviços, onde foram identificadas parcerias desde redes informais, câmaras municipais, associações, centros de saúde e de emprego, polícia de segurança pública, a própria comunidade, entre outros organismos, mediante as necessidades identificadas.

O estudo mostrou também que existem barreiras e desafios no exercício profissional do assistente social, nomeadamente carência de políticas específicas para intervenção na saúde mental, escassez de recursos, falta de suporte de uma rede de serviços, falta de oportunidades no mercado de trabalho com repercussões no processo de integração social do doente mental, afetando o seu bem-estar e qualidade de vida, presença de estigmas e preconceitos sobre a doença mental na comunidade e na sociedade em geral que fragilizam a recuperação dos doentes mentais.

Ademais, consideramos que o profissional de Serviço Social acaba por ser uma mais-valia nestas equipas uma vez que transmite a outros profissionais o seu saber e as suas competências, acabando por desempenhar o seu papel profissional de acordo com as suas competências/formação base.

De um modo geral, podemos afirmar que os objetivos propostos para concretização desta investigação, foram alcançados, o que permitiu uma maior reflexão acerca da intervenção do assistente social no campo da saúde mental comunitária, através de uma equipa multidisciplinar.

Com a elaboração deste estudo, foi possível chegar a várias questões que poderão ser um ponto de partida para novas investigações: O que distingue o assistente social dos outros técnicos da equipa, para além da formação base? Não fica o Serviço Social esquecido na participação e elaboração de políticas de saúde mental? Será necessário atuar acentuadamente numa dimensão da prevenção primária das doenças mentais junto da comunidade?

Por fim, torna-se necessário referir que o assistente social possui um papel fundamental como parte integrante em equipas multidisciplinares em contexto de saúde mental comunitária pois possui uma base sólida na formação académica, completando as inúmeras oportunidades que existem para se enriquecer enquanto profissional de intervenção e de modo a intervir de forma adequada e qualificada em prol do bem-estar da pessoa com doença mental.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abendstern, M., Hughes, J., Wilberforce, M., Davies, K., Pitts, R., Batool, S., ... Challis, D. (2020). Perceptions of the social worker role in adult community mental health teams in England. *Qualitative Social Work*. <https://doi.org/10.1177/1473325020924085>
- Almeida, Fonseca, J. (2013). *Ética da investigação em ciências sociais*.
- Almeida, J. M. C. de, Xavier, M., Cardoso, G., Pereira, M. G., Gusmão, R., Corrêa, B., ... Silva, J. (2013). *Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental. 1.º Relatório*. (January).
- Almeida, J. (2018). *A Saúde Mental dos Portugueses* (F. F. M. dos Santos, Ed.). Lisboa.
- APSS. (2017). APSS - Associação de Profissionais de Serviço Social. *Serviço Social Na Saúde Mental*.
- APSS. (2018). *Código Deontológico Dos Assistentes*. 1–21. Retrieved from https://www.apss.pt/wp-content/uploads/2018/12/CD_AS_APSS_Final_APSS_AssembGeral25-10-2018_aprovado_RevFinal.doc-1-converted-1-Cópia.pdf
- Caldas de Almeida, J. M. (1996). *Community Psychiatry in Portugal. Epidemiologia e Psichiatria Sociale*. 5, 92–95.
- Carvalho, S. R. (2004). The multiple meanings of “empowerment” in the health promotion proposal. *Cadernos de Saúde Pública / Ministério Da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública*, 20(4), 1088–1095. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2004000400024>
- Chantre, P., & Fazenda, I. (2016). *Determinantes Sociais da Saúde Mental e Serviço Social* (Sítio do L). Lisboa.
- Coelho, V. P., & Ornelas, J. (2012). Os contributos do emprego apoiado para a integração das pessoas com doença mental. *Análise Psicológica*, 28(3), 465–478. <https://doi.org/10.14417/ap.316>
- Coordenação Nacional para a Saúde Mental. (2017). *Plano nacional de saúde mental 2007–2016 e propostas prioritárias para a extensão a 2020*.
- Costa, A. F. (2001). *A pesquisa de terreno em sociologia: Metodologia das Ciências Sociais* (Afrontamento, Ed.). Porto.
- Coutinho, P. C. (2014). *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: Teoria e Prática* (1st ed.).
- Coutinho, P. C. (2015). *Metodologia de investigação em ciências sociais e humanas: teoria e prática* (2nd ed.; Almedina, Ed.). Coimbra.
- Direção Geral da Saúde. (2004). Plano Nacional de Saúde - Prioridades para 2004-2010. *Ministério Da Saúde*, 1–30. Retrieved from <http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5-wpengine.netdna-ssl.com/files/2015/08/Volume-1-Prioridades.pdf>
- Duarte, T. (2007). *Recovery da doença mental : Uma visão para os sistemas e serviços de saúde mental*. 1, 127–133.
- Esteves, M. (2011). Saúde mental comunitária: rede de suporte social de pessoas com doença mental grave (estudo no concelho de Odivelas). *Iscsp.Utl.Pt*. Retrieved from http://www.iscsp.utl.pt/uk/images/stories/Descritores_Lic/Aadministracao_Publica/descriptor_comtabilidade_geral_ap.pdf%5Cnhttps://www.repository.utl.pt/handle/10400.5/4505
- Fazenda, I. (2008). *O puzzle desmanchado: Saúde Mental, contexto social, reabilitação e cidadania*. (Climepsi, Ed.). Lisboa.
- Fazenda, I. (2009). Novos Desenvolvimentos em Saúde Mental e Comunitária. *PsiLogos*, 7(1&2), 111–119.
- Fazenda, I. (2017). Saúde mental em Portugal, constrangimentos e desafios para o Serviço Social. *Ciências e Políticas Públicas / Public Sciences & Policies*, 3(1), 81–104. <https://doi.org/10.33167/2184-0644.cpp2017.viii1/pp.81-104>
- Ferreira, J. S. da P. V. (2016). *Reabilitar em Saúde Mental: Uma abordagem integrada, integral e participada*.
- Ferreira, L. J. M. (2011). “ *A investigação em Serviço Social : Modelos para a Compreensão da Realidade* .” 99–113.
- Flick, U. (2005). *Métodos Qualitativos na Investigação Científica* (2º; Monitor, Ed.).
- Fonseca, J. J. S. da. (2002). *Metodologia da pesquisa científica*. Fortaleza.
- Fonseca, F. (2003). *Reabilitação de Pessoas com Doença Mental: Das Famílias para a Instituição para*

- a Família (Climepsi E). Lisboa.
- Fortin, M. (1999). *O Processo de Investigação: Da concepção à realização* (3ª; Lusociência, Ed.). Loures.
- Fortin, M. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação* (5th ed.; Lusodidacta, Ed.). Loures.
- Garcia, V. R., & Guilherme, R. C. (2019). Serviço social e saúde mental – reflexões sobre competências e atribuições privativas de assistentes sociais. *Revista Sociais e Humanas*, 32(2), 46–68. <https://doi.org/10.5902/2317175836876>
- Ghiglione, R., & Matalon, B. (1993). *O Inquérito – Teoria e Prática* (2ª; Celta Editora, Ed.). Oeiras.
- Guerra, C. I. (2002). *Pesquisa Qualitativa e Análise de Conteúdo* (Principia).
- Ife, J. (2008). *Human Rights and social work. Towards rights-based practice* (Cambridge University Press, Ed.). Australia.
- ISCTE-IUL. (2016). *Ética na Investigação: Melhores práticas, melhor Ciência*. Lisboa.
- Macedo, E., Candeias, A., Gomes, F., Duarte, A., Azevedo, C., & Silva, I. (2019). *Guião De Intervenção Na Promoção Do Recovery Para a Pessoa*.
- Maria Irene de Carvalho. (2012). *Serviço Social na Saúde* (edições de; Pactor, Ed.). Lisboa.
- Martínez, S. C. (2016). Trabajo Social, Derechos Humanos e Innovación Social. *Azarbe. Revista Internacional de Trabajo Social y Bienestar*, 5(5), 113–114.
- Matias, A. M. (2016). *Produção de conhecimento em Serviço Social na Saúde Mental: importância da investigação de intervenores*. (Sítio do L). Lisboa: Em APSS. Serviço Social na Saúde Mental.
- Minayo, M. C. S. (2010). *Pesquisa comunitária: teoria, método e criatividade*. Petrópolis.
- Morgan, D. L. (2008). Sample. In L. M. Given (Ed.), *The SAGE Encyclopedia of Qualitative Research Methods* (pp. 797–798). <https://doi.org/10.4135/9781412963909>
- Oliveira, C. V., Martins, F. C., & Vieira, M. A. (2018). Perspectivas e desafios para a reinserção da pessoa com transtorno mental na sociedade. *Ciências Gerenciais Em Foco*, 9(6), 125–146.
- Oliveira, S., & Filipe, C. (2009). Guia de Recursos - Reabilitação Psicossocial para a Saúde Mental. In *Direção Geral de Saúde* (Vol. 1).
- Organização Mundial da Saúde. (2001). *Relatório mundial da saúde Saúde mental: nova concepção, nova esperança*.
- Organização Mundial da Saúde. (2005). Livro de Recursos da OMS Saúde Mental, Direitos Humanos e Legislação. In *WHO Library Cataloguing-in-Publication Data*.
- Organização Mundial da Saúde. (2019). *Diretrizes da OMS sobre política de saúde e apoio sistémico para a otimização de programas de agentes comunitários de saúde*.
- Ornelas, J. (1997). *Psicologia comunitária: Origens, fundamentos e áreas de intervenção*.
- Ornelas, J., Monteiro, F. J., Moniz, M. J. V., & Duarte, T. (2005). *Participação e Empowerment das Pessoas com Doença Mental e seus Familiares* (AEIPS).
- Programa Nacional para a Saúde Mental. (2013). *Portugal Saúde Mental em números – 2013*.
- Quivy, R., & Campenhoudt, V. L. (1995). *Manual de Investigação em Ciências Sociais* (Gradiva, Ed.). Lisboa.
- Rappaport, J. (1990). *Desinstitucionalização: Empowerment e interajuda. O papel dos Técnicos de Saúde Mental no século XXI*. (Análise Ps).
- Rosa, L. C. dos S., & Lustosa, A. F. M. (2015). Afinal, o que faz o serviço social na saúde mental? *Serviço Social e Saúde*, 11(1), 27. <https://doi.org/10.20396/sss.v11i1.8635023>
- Santos, C. C. (2008). *Retratos de uma profissão, a identidade do Serviço Social* (Tipografia). Coimbra.
- Schmidt, B., Palazzi, A., & Piccinini, C. A. (2020). Entrevistas online: potencialidades e desafios para coleta de dados no contexto da pandemia de COVID-19. *Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde No Contexto Social*, 8(4), 960. <https://doi.org/10.18554/refacs.v8i4.4877>
- The Economist. (2014). *Mental Health and Integration: Provision for supporting people with mental illness: A comparison of 30 European countries*. 16. Retrieved from [http://www.janssen.ie/sites/stage-janssen-ie.emea.cl.datapipe.net/files/FINAL_WHITE_PAPER - PHIRPSY10140001_v1.0.pdf](http://www.janssen.ie/sites/stage-janssen-ie.emea.cl.datapipe.net/files/FINAL_WHITE_PAPER_-_PHIRPSY10140001_v1.0.pdf)
- Vasconcelos, M. E. (2003). *O poder que brota da dor e da opressão: empowerment, sua história e estratégias*. (Paulus). São Paulo.
- Vasconcelos, M. E. (2008). *Abordagens Psicossociais: Reforma psiquiátrica e saúde mental na ótica da cultura e das lutas populares*. (Aderaldo&R). São Paulo.

- Vazquez, M. J., & Caldas de Almeida, J. M. (2004). *Salud mental y derechos humanos: un nuevo enfoque*. 45–56.
- Vilelas, J. (2009). *Investigação: O processo de construção do conhecimento* (Silabo, Ed.).
- Violante, C. D. F. (2012). *Programas de Reabilitação Psicossocial em Pessoas com Doença Mental Crónica*. 94. Retrieved from <http://repositorio.ipvc.pt/handle/20.500.11960/1224>

FONTES

- Lei n.º 48/90 de 24 de agosto – Lei de Bases da Saúde
- Lei n.º 79/1963, Série I de 3 de março – Lei de Bases da Saúde Mental
- Lei n.º 36/98 de 24 de julho – Lei de Saúde Mental
- Decreto de Lei n.º 22 de 10 de fevereiro de 2011 – Lei da Rede de Cuidados Continuados integrados de Saúde Mental

ANEXOS

ANEXO A – CONSENTIMENTO INFORMADO

Esta investigação é de caráter académico, sendo realizada no âmbito da Tese de Mestrado em Serviço Social do ISCTE - Instituto Universitário de Lisboa, sendo orientador o Professor Doutor Jorge Ferreira, tendo como tema: “Serviço Social e Saúde Mental: A prática Profissional do Assistente Social nas equipas multidisciplinares de Saúde Mental comunitária”.

A presente entrevista surge como instrumento de recolha de dados, no sentido de responder aos objetivos definidos.

A sua identidade permanecerá no anonimato, sendo as informações recolhidas nesta entrevista confidenciais, e apenas utilizadas na realização da investigação da Tese de Mestrado.

Agradeço a sua participação,

Adelaide Silvino

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela investigadora. Desta forma, aceito participar nesta investigação de Tese de Mestrado em Serviço Social, fornecendo a informação de forma informada e voluntária.

Assinatura

Lisboa, ____ de _____ de 2021

ANEXO B – QUADRO METODOLÓGICO

Objeto de estudo	Práticas do assistente social no seio comunitário de Serviço Social com pessoas portadoras de doença mental
Objetivo Geral	Analisar e sistematizar as práticas do assistente social direcionadas para a inclusão de pessoas com doença mental
Objetivos Específicos	<ul style="list-style-type: none"> → Identificar as funções e atividades desempenhadas pelo assistente social nos grupos multidisciplinares inseridos na saúde mental comunitária → Analisar as estratégias utilizadas pelo assistente social nas equipas multidisciplinares da saúde mental comunitária → Sistematizar o impacto de intervenção do assistente social ao nível da promoção do empowerment para a inclusão social da pessoa com doença mental → Percecionar as metodologias da intervenção colaborativas usadas pelo assistente social na sua prática profissional com a pessoa portadora de doença mental → Categorizar os procedimentos éticos do serviço social no âmbito dos direitos humanos das pessoas portadoras de doença mental
Enquadramento Teórico	<ol style="list-style-type: none"> 1. Saúde Mental 2. Modelo de Saúde Mental Comunitário 3. Empowerment 4. Recovery 5. Direitos Humanos
Modelo de Análise	Metodologia Qualitativa Abordagem indutiva
Pergunta de Partida	“Qual a especificidade do Serviço Social nos grupos multidisciplinares na saúde mental comunitária?”

ANEXO C – GUIÃO ENTREVISTA

O presente guião de entrevista foi elaborado em virtude da realização de um trabalho de pesquisa para dissertação de Mestrado em Serviço Social, ministrado pelo Instituto Universitário de Lisboa, sob o tema: "Serviço Social e Saúde Mental: A prática Profissional do Assistente Social nas equipas multidisciplinares de Saúde Mental comunitária", sob orientação do Prof Dr. Jorge Manuel Leitão Ferreira. O trabalho de pesquisa em curso tem como objetivo geral analisar e compreender/sistematizar as práticas do assistente social direcionadas para a inclusão de pessoas com doença mental no seio comunitário. Para cada entrevista será associada um código, para efeitos de numeração da mesma e a entrevista decorrerá através da plataforma zoom, fazendo uso de gravação da mesma o trabalho aquando da transcrição. Gostaria ainda de referir que será garantida a confidencialidade e anonimato relativamente a todas as informações que me forem confiadas.

Data de Aplicação: ___/___/___

Nº de Entrevista: ___

Parte I

Sexo: _____

Idade: _____

Formação Académica: _____

Ano em que acabou o curso: _____

Tempo de exercício da profissão de Assistente Social: _____

Tempo de experiência na área da saúde mental: _____

Formação específica na área de Saúde Mental: _____

Parte II

Questões:

1. Como define saúde mental?
2. Ao nível institucional o AS está inserido em equipas multidisciplinares? Como funcionam estas equipas relativamente à articulação e cooperação?
3. Como funciona o processo de desinstitucionalização psiquiátrica?
4. Gostava que me falasse sobre os processos de intervenção para apoiar indivíduos com problemas de saúde mental, que respostas existem ao nível da atomização, como se articulam etc.
5. Na sua prática, como considera a promoção o empowerment da pessoa com doença mental?
6. Na sua experiência, qual é o papel do assistente social, no processo de reabilitação e integração do doente e qual a sua importância?
7. Em todas as áreas de intervenção do Serviço Social e sem exceção a saúde mental está vinculada aos princípios e valores éticos da profissão nomeadamente o respeito pelos direitos humanos e pela dignidade da pessoa? Em que situações esta questão se coloca?
8. Como funciona a gestão dos processos de reabilitação e reintegração destes doentes e como é feito o seu acompanhamento?
9. No desempenho das suas funções quais tem sido os maiores desafios?
10. O que pensa que poderia ser feito para além das respostas já existentes para apoiar estes doentes no processo de reintegração social?

ANEXO D – QUADRO CONCETUAL

Conceito	Dimensões	Subdimensões	Indicadores
Práticas do assistente social na saúde mental	Funções e Atividades	Atividades	Implementação de projetos
			Defesa dos direitos
			Articulação e mediação institucional
			Treino de competências pessoais e sociais
			Apoio a famílias e cuidadores
			Programa individual de reabilitação
			Orientação e encaminhamento
			Diagnóstico social
			Acompanhamento psicossocial
			Investigação
			Estudo socioeconómico
			Apoio social
			Integração profissional
			Triagem, avaliação e acolhimento
	Funções	Assistente social	
		Diretor técnico	
		Técnico de referência	
	Estratégias	Processos de Intervenção	Inserção profissional
			Avaliações
			Reintegração social
Apoio habitacional			
Reabilitação psicossocial			
		Capacitação	

	Impacto	Promoção do empowerment	Voz Ativa
			Cooperação
			Advocacia social
			Grupos auto-ajuda
			Autonomia
	Metodologias	Intervenção colaborativa	Reuniões
			Modelo sistémico
			Intervenção em rede
			Plataforma informática
	Procedimentos Éticos	Direitos Humanos	Justiça social
			Confidencialidade
			Participação